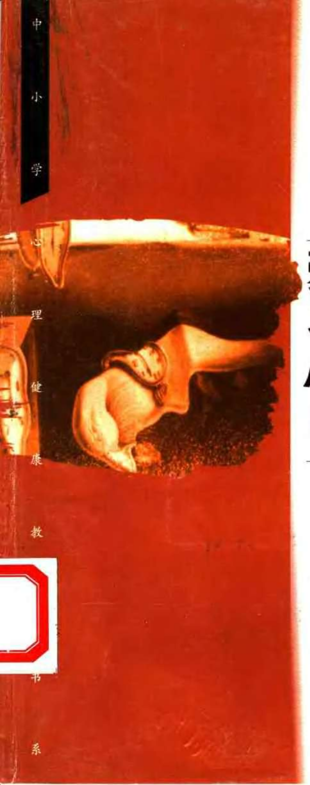


變態心理学

BIAN TAI XIN LI XUE

王玲 主编

广东高等教育出版社

责任编辑 吴海燕　责任校对 羊 君　封面设计 小 丁

变态心理学

BIAN TAI XIN LI XUE



ISBN 7-5361-2685-9
B·78　定价：20.00 元

变 态 心 理 学

王 玲 主编

广东高等教育出版社
·广州·

图书在版编目（CIP）数据

变态心理学/王玲主编．—广州：广东高等教育出版社，2002.8
ISBN 7－5361－2685－9

Ⅰ．变…　Ⅱ．王…　Ⅲ．变态心理学－高等学校－教材
Ⅳ．B846

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2002）第 042720 号

广东高等教育出版社出版发行
南海市彩印制本厂印刷
890 毫米×1240 毫米　32 开本　11.5 印张　310 千字
2002 年 8 月第 1 版　2003 年 5 月第 2 次印刷
印数：3001～6000 册
定价：20.00 元

目　　录

第一章　变态心理学的领域

变态心理学，顾名思义，是研究变态心理的一门学科。它主要研究人类各种心理活动，包括认识活动、情感活动、意志活动以及个性心理等方面的异常表现及其原因，并对这些异常进行分类、解释，阐明其发生、发展和转归的影响因素及规律，同时把这些科学知识应用于实际。所以，变态心理学是探索、理解和预测人类心理异常的一门科学。在这一章里，我们将围绕变态心理学的对象、任务和研究方法来展开讨论，并就变态心理学的历史给予简要的回顾。

一、变态心理学的对象

（一）什么是变态心理

变态心理学的对象是变态的心理。但究竟什么是变态心理，似乎有许多不同的理解，有关的概念也很多，比如心理失调、心理异常、心理疾病和心理障碍等。严格地说，这些概念是有区别的：心理失调，指心理失去平衡，行为缺乏整合协调，致使个体在不同情况下的处理能力下降、适应不良；心理异常，指人的心理状态发生了病理性变化，行为表现明显与众不同，能力明显受损，需要心理治疗；心理疾病，这是从医学的角度理解心理异常，即把疾病的概念套用来反映人的心理异常；心理障碍，则是指心理过程和机能受阻，这种障碍既可能是功能性的，又可能包括器质性的改变。所以，心理障碍的概念要比较广泛些，也比较中性，它能反映各种不同程度的、表现不一的心理问题。当然，这种区别是人为的，实际上在许多时候，这些概念都是通用的。

心理变态同属于上述概念的范畴。就其本质意义而言，是指心

理活动处于非正常状态，这是一个统计学的概念。然而，在中国的文化背景里，变态似乎被予以了特殊的意义：变态，意味着离奇、古怪，甚至使人想到了行为模式的分裂或难以理喻。无疑，这种看法是不恰当的。心理统计学显示，人群中的心理健康状态是呈正态分布的，即大多数人的心理健康状况处于中间的正常水平，少部分人的心理健康水平则可能偏离大多数人的水平，如果这种偏离超过了统计学上的标准，比如超过平均值的2～3个标准差，那么这类人群的心理健康状态就被视为变态（见图1－1）。

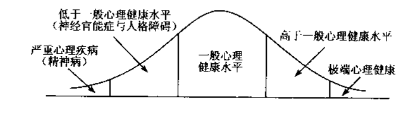


图1－1　心理健康常态分布曲线

这一常态分布曲线图表明，人的心理健康和心理疾病之间并没有明显的分界线，也没有什么屏障阻止一个人从一侧突然跨入另一侧。“另一侧”是不存在的，仅仅是心理健康的程度不同而已。另外，人的心理既有低于一般心理健康水平的非正常状态，即变态，也有高于一般心理健康水平的非正常状态，如极端的心理健康，只是对后者我们习惯不把它称为变态而已。所以，对变态心理的概念，需给予正确的理解，明白它没有贬义，实际上只是一个统计学概念，泛指低于心理健康水平的各种心理和行为表现，包括各种程度的心理失调和异常。

（二）变态心理的类别

变态心理的表现多种多样，各国都有自己的心理疾病的分类体系或方案。我国精神疾病的诊断与分类标准中，将心理异常主要分为十类：①脑器质性精神障碍与躯体疾病所致的精神障碍；②精神

活性物质与非依赖性物质所致的精神障碍；③精神分裂症和其他精神病性障碍；④心境障碍即情感性精神障碍；⑤癔症、应激相关障碍和神经症；⑥心理因素相关的生理障碍；⑦人格障碍、习惯和冲动控制障碍、性心理障碍；⑧精神发育迟滞与儿童和少年期心理发育障碍；⑨童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍；(10)其他精神障碍及心理卫生情况。

这里，我们把日常生活中常见的心理问题类型作一简要的介绍，具体的表现、分类和评估将在以后的章节里详细介绍。

1. 精神病。

属于重度的心理异常，包括精神分裂症、躁狂抑郁症、反应性精神病等。其主要特点为：①具有重精神病症状，包括错觉、幻觉、思维破裂、妄想、情绪情感的极端不稳定等。②社会适应能力丧失，从专门的工作、技能到一般的人际交往和饮食起居都受到严重的影响。③明显的人格改变，即心理异常者与他们以往的人格特点有着明显的不同：原来很勤劳、有条理的人可能变得懒散、不修边幅；原来热情、善良的人可能变得冷漠、孤独等。④没有自知力。这是重精神病人的显著特点，也是区别于其他心理异常的重要特点。严重心理异常的人尽管存在严重的精神病症状，以及明显的社会适应障碍和人格改变，但他们对这些问题并无批判力，不认为自己存在任何障碍，因此不会主动求医。

2. 神经症。

属于中度的心理异常，包括焦虑症、强迫症、恐惧症、癔病、神经衰弱等。其主要特点是：①有中度的精神症状，包括易激惹、紧张焦虑、恐惧和忧郁等不良情绪，以及中枢神经系统功能失调的症状如头晕、头痛、睡眠障碍等，或癔病性表现如发作性痉挛、抽搐、肤觉消失等。②部分社会适应不良，包括社会工作过程中负担加重，日常人际关系紧张等。③部分的人格改变。这种变化会因人而异，虽然不如严重的心理异常那样严重，但仍会对心理异常者有明显的影响。④有自知力。与严重的心理异常不同，这类心理障碍者对自己的心理异常有批判力，并且一般能主动求治。

3. 适应障碍。

属于轻度的心理障碍，包括急性应激反应和日常生活中的适应不良等。其特点是：①有轻度到中度的情绪困扰和行为紊乱，包括情绪的紧张不安、害怕恐惧、低落消沉以及行为的退缩、反常等，但持续的时间较短，一般不超过半年。②部分社会适应不良，影响工作、学习和生活。③无明显的人格改变。④有自知力。

4. 心身障碍（心理生理障碍）。

属于心身交互作用的心理疾病，包括高血压、冠心病、消化性溃疡、支气管哮喘、偏头痛、神经性厌食等。其特点是：①症状以躯体疾病为主，具有器官或组织的病理变化，但其症状的发生和发展与心理因素密切相关。②心身障碍的种类与个体的性格类型和行为方式关联明显。③有自知力，治疗应心理治疗和药物治疗并重。

5. 行为偏离和人格障碍。

包括偏执性人格障碍、强迫性人格障碍、回避性人格障碍、癔病性人格障碍、反社会人格障碍和性变态等。其特点表现为：①从青春期或儿童期发展起来的持续存在的人格偏离，主要表现为情感、意志和行为方面的适应不良，但思维和智能并无异常。②由于人格的偏离正常，其后果往往直接影响其人际关系和社会适应，进而影响其正常的工作、学习和生活。③部分人格障碍患者缺乏自知力，不能正确认识自己个性上的偏差所导致的人际后果，反而敌意社会和他人。

6. 大脑疾患和躯体缺陷时的心理异常。

包括脑部器质性损害（大脑外伤、颅内感染、肿瘤等病变）所致的心理异常；大脑发育不全时的心理异常，即由于先天的或儿童期的疾病所引起的精神活动发育受阻，特别表现为智力及社会适应能力低下；躯体缺陷时的心理异常（如盲、聋、哑、跛等）。其特点是所有的心理症状都是继发于大脑或躯体的疾病与缺陷，即心理异常的主要原因是生理因素所致，治疗主要应解决原发的病因为主。当然社会的支持也非常重要。

7. 儿童少年期心理障碍。

包括儿童特异性行为异常（如遗尿症、抽动症、夜惊、咬指甲、多动症等）、儿童神经症、儿童精神病、婴儿孤独症等。这类异常主要发生在儿童少年期，其症状具有明显的年龄特征，即使是与成人同名的心理障碍，如焦虑症，其表现、原因、治疗和预后都与成人不完全相同。

8. 其他。

包括某些特殊状态下的心理异常（如药物所致心理异常、气功偏差性精神障碍等），躯体疾病伴发的精神障碍，以及中毒所伴发的精神障碍等。另外，自杀既是社会问题，也与心理因素密切相关，所以也属于变态心理学范畴。

（三）变态心理的判别标准

判别人的心理活动是正常或是异常，这是件很不容易的事，因为异常心理活动和正常心理活动之间的差别常常是相对的，两者之间并没有明显的分界线。而且，异常心理活动的表现受到多种因素的影响，包括客观环境、主观经验以及人际和社会关系等因素的影响，因此其表现是复杂多变的。加上判别者在判别他人的行为时，其判别的标准又受其判别者对这些因素所起的作用的看法，及自己的方法论的影响，因而在这一问题上较难有统一而公认的标准。当然，判别标准并不是绝对没有，通过前人的经验总结，一般认为下面几个标准是判别人的心理和行为是否异常的主要指标。

1. 以经验作为标准。

所谓经验的标准有两种意义：其一是指病人自己的主观经验，他们感到忧郁、不愉快，或自己不能自我控制某些行为，从而寻找医生的帮助。这种判别标准在许多心理障碍者身上常有应用，但也有某些病人则由于坚决否认自己是“不正常”而正好作为其行为异常的标准。其二是指医生或咨询员根据自身的活动经验来判别正常和异常。这种标准应用普遍，但常因人而异，主观性较大。

2. 社会常模和社会适应的标准。

这种标准以社会常模为体（组织），以社会适应为用（行为准

则)，也就是说在社会常模的基础上来衡量行为顺应是否完善。人总是在特定的社会环境中生活，在一般情况下，人的行为总是与环境协调一致的。人依照社会生活的要求来适应环境和改造环境，因此他的行为是符合社会的准则，根据社会要求和道德规范行事。这里正常或异常首先是与社会常态的比较而言的，因此，也可以说这一标准是根据人行为的社会意义及个人完善的顺应为出发点。当然，人的社会适应行为和能力是受时间、地点、习俗和文化等条件影响的，因此这一标准也并非一成不变，以此来进行判别也会有差异性。

3. 病因与症状存在与否的标准。

有些异常心理现象或致病因素在常态人身上是一定不存在的，若在某些人身上发现这些致病因素或疾病的症状，则被判别为异常，例如麻痹性痴呆、药物中毒性心理障碍等，不是人人都有的，那么确定有无梅毒螺旋体或某些药物的存在就可以作为判别异常的依据。此时，物理化学检查、心理生理测验等有重要的意义。这一标准比较客观，但应用的范围比较狭窄，因为不少心理障碍并没有明显可查的生物学病因，而且心理异常现象常常是多种因素导致的心身机能的障碍。

4. 统计学标准。

这一标准来源于对正常心理特征的心理测量，它是以全体人群中具有这种特征的人数的分配为依据的。在取大样本统计中，一般心理特征的人数频率多为常态分布，居中间的大多数人为正常，居两端者为异常。因此，确定一个人的行为为正常或异常就是以其心理特征是否偏离平均值为依据。这就是说，许多异常心理现象在常人身上也有多少表现，但不像病人身上那样强烈。这里，异常是相对而言的，其程度要根据其与全体的平均差异来确定。这种判别标准也是较为客观的，并可以在不少情况下采用。当然，有些行为的分布不一定是常态曲线，所以此标准也有一定的限制。

如上所述，在心理异常的判别上，实难找出一个十全十美的、客观而又一致的标准。上列种种标准中，几乎没有一个能在单独使

用时完全解决问题的，但这并不是说心理活动的正常和异常就无法鉴别了。事实上，在患严重精神障碍时，所有的标准都是适用的，但在临界状态（边缘状态）时，哪一种标准都难以判定。心理行为从正常范围过渡到异常范围会有许多细微的变化，而到了一定的阶段是会有突变的，这必须通过量与质的辩证关系的分析才能正确解决问题。

二、变态心理学的任务

（一）变态心理学的研究领域

变态心理学研究什么？关于这个问题曾有许多不同的看法。有人认为只研究个别心理过程的障碍；有人认为是研究心理障碍的理论问题；有人认为是研究精神病人的心理现象；也有人认为是主张研究精神疾病的心理病源及其生理机制的心理学部分。很显然，这些意见各有不同，尤其是在变态心理学所研究的范围上各家的主张有所不同。

在传统心理学上，冯特仔细观察了异常心理的特点，指出各种精神疾患所表现出的是十分明显而持久的心理损害；精神病的特殊形式是那么的多种多样和各有不同，这使得人们有理由把变态心理学建立为独立的心理学分支。自冯特以后，心理学中这一分支的内容日益发展，德国心理学家斯托林（G. Storring）把变态心理学的研究范围扩大到一切边缘状态与人格特征，并提出变态心理学与精神病学的分工，强调变态心理学研究不正常的心理过程。

到今天，随着变态心理学的日趋成熟，变态心理学的研究领域越来越扩大，说变态心理学是研究不正常的心理过程，也都显得过于狭窄。实际上，变态心理学不仅要对心理异常的各种表现加以描述、分类和解释，而且还要尽量阐明其发生的原因和机制。具体来说，变态心理学的研究领域可归纳为以下四个方面：①探讨心理异常的实质，即弄清异常心理的原因、机制和心理结构问题。一般认为，心理异常是大脑的结构或机能失调，以及人对客观现实反映的

紊乱和歪曲。它既反映了个人自我概念和某些能力的异常，也表现为社会人际关系和个人生活上的适应障碍。②提供判别心理正常和异常的标准和方法。目前已有很多判别正常和异常的标准，但许多都不是绝对的，几乎没有一种标准在单独使用时是完全适用的，需要进一步的探索。③对心理异常进行科学分类。心理异常的表现是丰富多彩的，变态心理学要根据临床表现的特点，对其进行分类。无论是精神病、神经症和心身障碍，还是行为偏离、人格异常或调节障碍，都需要归纳其特点，给予归类。对于一些特殊意识状态（如催眠状态、梦境、感觉剥夺、气功入静）时的心理变化，也需要给予研究和分类。④发展心理学理论，对心理异常的发生、发展和变化的原因和规律，给予合理的解释和阐明。

（二）变态心理学的任务

从理论上说，变态心理学的研究将有助于探明和补充正常心理活动的变化和规律，从而有助于揭示人类心理活动的实质。这是因为正常心理活动极为复杂，在一般情况下难于分析，异常心理现象则在某些方面具有极端和突出的表现，这从研究和探索的角度来说是有利的。心理学家可以把心理障碍看做一种优良的实验情境，而且变态心理学的研究成果又可以增进心理科学知识，使人更全面地理解正常心理现象。因此，通过对异常心理现象的研究可以对某些心理学理论和心理机制的假设予以证实或否定。另外，变态心理学的研究能够为辩证唯物主义和历史唯物主义的某些基本命题提供科学的论证。通过对行为异常的发生、发展和精神病因、治疗的研究，变态心理学从一个侧面来丰富辩证唯物主义和历史唯物主义关于物质和精神的关系、社会存在决定社会意识等基本问题的论述。

在实践任务上，通过变态心理学的研究和科普工作，有助于促进和保障人类精神健康事业的发展。因为掌握了变态心理的发生、发展和变化的原因和规律，人们就能有计划、有目的、更自觉地防止异常心理现象的发生。具体到个人本身来说，有了变态心理学的知识，可以对自己有更多的了解，从而提高人们适应能力的水平，增强心理健康。同时，变态心理学研究也有利于对心理异常的临床

诊断和治疗。例如，对神经症病因的不同解释就决定了治疗方法的不同，包括药物治疗、行为治疗以及精神分析的治疗等。

（三）变态心理学与邻近学科的分工与联系

1. 变态心理学与普通心理学。

变态心理学是心理学的一个分支，从它们的研究对象与任务的特殊性来看，普通心理学主要研究健康成人的心理活动。由于心理活动极其复杂，心理学家要从各种角度和多方面来进行研究，从这一点来说，变态心理学给普通心理学提供某些新的课题，以自己领域内的材料证实某些普通心理学的理论，并丰富普通心理学的内容。因此，也有人把变态心理学作为普通心理学的方法之一来看待。另一方面，研究变态心理学必须具有普通心理学的基本知识，应用心理学的实验技术与训练。因此，普通心理学是变态心理学的基础。

2. 变态心理学与医学心理学。

医学心理学也是心理学的一个分支，它以医疗实践中的心理学问题为对象，其主要任务是根据人的心理特征的基本规律，来帮助医学阐明疾病的发生和痊愈等问题，更全面地揭示预防疾病、保护健康的科学原则。假如"疾病"指的是身体和精神的疾病，那么变态心理学应该是医学心理学的一个分支。不过两者仍是有区别的，医学心理学主要研究躯体或生理疾病的心理因素的作用问题，而变态心理学更多是在精神健康与疾病的领域中起作用。两者相互交叉、互为补充。

3. 变态心理学与精神病学。

精神病学是医学科学的一个分支，变态心理学是心理学的一个分支，显然两者是有所不同的。但两者也有密切的联系，因为两者都是以心理异常为研究目标。不过，两者的侧重点不同。精神病学和临床医学有同样的对象、任务和方法，其主要任务是对精神异常病人的诊断、治疗、预防和护理，而变态心理学不把这些作为自己的直接任务。变态心理学的主要任务是研究心理异常的发生、发展的原因和规律，是一门基础学科。当然，变态心理学的研究可以协

助精神病学的诊断与治疗，促使精神病学发展水平的提高；精神病学则用自己的临床材料和实际成果丰富变态心理学的内容，验证变态心理学中的许多理论与假设，并使变态心理学的研究不至于“言之无物”。因此，两者的关系是彼此分工又互相促进的。

三、变态心理学的研究方法

（一）研究的目的

变态心理学的研究目的与变态心理学的任务是相互对应的。具体而言，变态心理学的研究目的包括以下几个方面：

1. 建立有效的心理异常的诊断体系。

即根据个体在心理异常表现上的相似性及其差异，把他们分类到不同的群体中去对它们进行分类，这是变态心理学研究的重要组成部分。因为分类系统不仅有助于知识的交流和积累，而且还可以为新的心理异常类别提供比它本身特点更多的信息。例如，在一个有效的分类系统中，有关“精神分裂症”的描述不仅包括是否属于精神分裂症的标准，而且在理想的情况下，它还应包括它的病理学、病因学、发病过程、最佳的治疗方案等特点。

变态心理学研究的目的之一就是根据心理异常的病因学和病理学，建立一种有效的诊断系统。然而由于缺乏对心理异常病因学和病理学的深入了解，目前的分类和诊断系统仅仅是依据可观察的行为表现及自我报告的症状。这种分类系统可以作为探讨心理异常的病因学和病理学的工具，但当某一类别中所包含的心理异常有着不同的病理学和病因学基础时，则会严重影响对心理异常病理学和病因学的探讨。因此，变态心理学的研究目的之一就是建立一种根据可观察的症状进行的分类系统，但同时要最大限度地反映其潜在的病理学和病因学。

2. 对心理异常病理学特征的描述。

病理学特征是指产生可观察的心理异常表现的心理和生物学过程的异常。因此，心理异常的病理学特征也就是指在众多可能的病

因中，真正起作用的个人特点或影响路径是什么。例如，糖尿病的病理学特征就是胰岛素的缺乏，而引起胰岛素缺乏的原因可能是多种多样的。心理异常的病理学特点通常有着多种不同的水平，组成一种复杂的因果关系网络。变态心理学研究的目的就是区分出这些最重要，对治疗最直接有用的病理学特点。

3. 对心理异常的病因的描述。

病因是指环境中的事件或个体自身特点中能够产生病理性变化的因素。例如，糖尿病的病理学因素是胰岛素的缺乏，那么，凡是导致胰岛素减少和不足的因素，都可以看成是糖尿病的病因。

对环境中病因学因素的影响往往比较复杂，因为很多环境因素之间可能只存在相关关系。例如，社会支持的缺乏是某一病理学的病原呢，还是由于某一病理学的存在所产生的结果，抑或互为因果？这是所有相关研究中的普遍问题，因此在描述这种关系时，往往把环境的某一因素称为“障碍的前兆”。另外，环境中的因素又往往与某种对心理异常起到促进或抑止作用的特点存在交互作用，因此并非每一个暴露于危险因素中的人都会出现心理异常。要彻底了解环境中的因素的影响，我们需要了解那些出现和未出现心理异常的个人的特点。

4. 对心理异常病程的描述。

即对心理异常的各个发展阶段进行描述，并同时区分出在各个不同阶段中与心理异常有关的个人因素和环境因素。与心理异常的病程有关的信息在治疗和诊断标准的建立过程中都是非常有用的。

（二）研究的特点

变态心理学的研究目的是要科学地描述、预测以及理解心理异常问题。为了描述心理现象，科学的基本活动就是观察。依据科学的观察，心理学家能够仔细地描述他们所研究的心理异常现象，并将相似的现象分门归类，试图找出类别之间的关系。当然，为了使观察尽可能的精确，心理学家还必须以操作性定义的量化方式来定义他们所研究的变量。他们会利用统计推论的过程来比较观察结果的量化资料，计算比率，看看结果的差异是否确实有意义。同时，

通过科学观察到的并通过统计处理后的结果，心理学家可以预测未来的行为或事件，例如，预测后来发展出精神分裂的可能性。Goldstein在1968年的研究就是这样一个例子。他和他的同事发现有情绪困扰的青少年，在家里和父母之间的沟通常出现偏差的情形。利用沟通偏差的程度差异，Goldstein等人预测沟通偏差程度高的家庭最可能产生后来发展出精神分裂症的儿童。研究者追踪他们的受试者达15年之久，并且证实了他们的预测。

理解变态心理，还包括揭示两个变项或事件之间的因果关系。通常建立因果关系需要先符合三个条件：①如果某事件会引起另一个事件，则这两个事件必须共同变化，也就是说，当一个事件消失未出现，则另一个事件也必定不会出现；当一个事件改变，则另一个事件也必定会改变。②指称的原因必然比指称的结果先出现。③在两个事件的关系之间，没有其他成因介人。第三个条件通常是最难建立的。精神分裂症的早期研究就是无法达成第三个条件的例子。研究者假设精神分裂症患者与非精神分裂症患者之间，其血液和尿液一定可测出差异。这群科学家为了检测其假设，他们比较两组受试者的尿液，一组是住院的精神分裂症患者，一组是非住院的正常人。他们的确有差异，但是这些差异是因为混淆效应而造成的：医院饮食和未控制的饮食之间的差异。这项差异和精神分裂症完全无关。可见，变态心理学的研究必须考虑避免各种混淆效果的因素，保证内部效度和外部效度。研究的样本也必须具有代表性。

（三）研究方法

心理学家以科学方法研究变态行为的基本方式，主要有四种：①描述性的研究；②相关研究；③发展性的研究；④实验研究。

1. 描述性的研究。

最基本的设计是研究者收集研究资料，描述研究的现象。研究者可能希望描述现象形成的历史，也就是说，导致目前状态的事件，在这种情况下，心理学家、有关的精神科医师、社会工作者、医生、亲戚以及朋友，提供或收集资料汇人个案历史之中。研究者也可能希望描述目前的状态，主要是某变项的流行率和分布情形，

例如，研究广大族群的精神疾病就可能用到此调查方法。这两方面的研究方法即是个案研究法和调查研究法。

(1) 个案研究。

精神异常最早期的研究以患者的生活史和治疗时的症状为依据。这种生活史通常以目前为开端，并且回溯至患者或其他认识他的人们能够回忆的最早几年。研究者会详细分析病人自己关于那几年的访谈记录，再结合病人的朋友、亲戚、学校及医疗记录的报告，或者其他任何个体生活里可以使用的资料来源加以补充。另外，心理测验的结果也被作为个案研究的材料。

在个案研究中，临床人员、研究者可能从患者有相同疾病的许多个案史之中，试图理解个案特殊的病情，抑或临床人员可能希望了解疾病的起源和可能的治疗取向。弗洛伊德的例子说明个案研究的价值。在他治疗许多后来被称为歇斯底里病人的过程里，弗洛伊德不仅能够展示他新发展的心理分析方法的价值，而且基于病人的个案测试史，他还能够逐渐理解疾病本身。弗洛伊德从其研究提出结论：压抑的欲望是歇斯底里的起因。他建立了初期理论之后，借着后来患者有相同疾病的病人的个案史，开始测试理论的效度。

当然，个案研究和其他方法一样，有其优点和严重的限制。个案研究提供三项优点：①个案史的描述，形容个案在自然环境里的真实经验。以此方式而言，个案史更优于引进许多没有真实生活特色的人工环境。②个案史探索许多类型的人类行为，这些行为因为怪异或稀少而无法用其他方法研究，例如，无法用调查或实验等方法进行。③对个案史细加思考，可提供对未来研究和实证极有价值的假设。

个案研究的缺点也有三种：①选择性。病人回忆的真实生活并不完整。病人希望治疗师听到的回忆、期望和态度，都有强烈引导病人说出他或她希望涵盖于个案历史里的部分。病人所描述的经验多半是追溯性的，而且蒙上病人后来事件的色彩。描述 20 年前的儿童经验，可能并不十分相像于真实的生活经验。②生活历史是一次事件。收集过去某事件的经验并不可能完全遵照和发生时一样的

方式。临床人员的实务经常是充满变化的，包含各种疾病的病人。重复性（或可复制性）经常是科学方法的要求。实际上这项要求不可能使用于个案历史的研究里。临床工作人员的实务不可能取得一群代表性样本，甚至不能来自患有相同疾病的代表性样本。③当建立个案研究时，为了发现因果关系里更有力的证据，我们可能必须知道一个事件（也就是原因）经常伴随着某种可能的结果，以及当某种可能的结果出现时，其前面有该假设的原因。但是许多个案历史可能无法提供这项信息。

（2）调查研究。

调查主要是用来计算拥有某些经验的人数，例如，某城市里有精神问题的人数，或者占住院人数最多的精神病种类。这种信息是从官方记录或电话访谈一群样本而来，这样搜集的信息对筹划心理健康资源颇有帮助，但是这种信息甚少提供病因或有效的治疗。然而，调查可以引导假设的发展。

H. B. Murphy 曾提供一个例子，说明调查研究可以引导形成有关某种环境状况会大力促成精神分裂症之发展的假设。他综合许多调查的结果，计算各社会阶层的精神分裂症个案，发现几乎整个西方社会精神分裂症状在低社会阶层的比例奇高。他以此假设精神分裂症和贫穷的关系。不过，他也指出调查研究的限制：我们无法确知从资料得到的因果关系的作用方向。

调查研究有两种：①反应式的调查，受试者被要求在访谈里或印好的问卷上回答问题。②非反应式的调查，调查使用可利用的现成记录，来寻求欲调查对象群的任何成员的反应。前述引用的研究例子属于非反应式的调查。非反应式的调查常利用医院、学校或公开的记录。而利用来自一家一家的访问的“心理健康调查”资料的调查，则是反应式调查的范例。

在调查研究里，从所要描述的母群体里抽出代表性的样本是非常重要的。没有代表性的样本，调查结果就毫无意义。科学性的调查会仔细描述取得随机样本的程序，另外，还要决定能够可靠描述而需要的样本大小，使样本数符合达成这个目的的统计公式。报告

结果时，科学家们需要指出他们研究结果的误差几率。样本愈大，可能的误差就愈小。

调查方法的优点主要如下：①他们提供有关事件的发生数目（例如每年某段时间里新案例的数目）以及事件的流行率（描述某群体里的案例数目）的有用资料。②由于调查经常探讨精神病与个体其他资料的关系，提供的资料可帮助我们确认个体是否处于危险群，而且使我们能更好理解开始发作的时刻和预测疾病未来的发展线索。③在调查里透露的统计关系，往往暗示可能的病因的假设。④调查能够确认罹患某疾病的个体，即使该个体还没有接受治疗，仍可将之转介到治疗中心。

调查方法的缺点主要有两个：①正如前面所描述的，调查的价值完全视样本的代表性而定。为了确保参与者是随机抽取的，研究者必须事先描述样本如何被抽取，以至于母群每个样本都有同等的几率被抽取。②在反应式调查中，答案的社会赞许性有时候使反应者往社会赞许的方向作答，而非实际描述真情的答案。例如，许多成人可能不愿意描述自己经常做噩梦或感到沮丧，研究者可能经常以太过强制的方式加以询问，这样做的问题是可能产生太多不正确的正面答案。

2. 相关研究。

研究变态心理时，心理学家经常不只从事简单的描述性研究，像是由个案研究或调查所提供的资料，心理学家们常会思考个体行为的两个层面有什么关系。例如，心理学家问，离婚和出现心理疾病两者之间彼此有何关连？或者心理学家可能借着记录某都市社区里各不同地区的犯罪与贫穷的流行率，寻求考验下述假设：贫穷影响犯罪。心理学家可能会接着统计这两者的流行率的相同程度。如果这两者有相关（共同变化），我们可以说贫穷和犯罪行为有关。

但要注意的是，共同变化引诱人们相信两个变项之间有因果关系，在这里应该说出一个重要的警告：共同变化不表示因果关系。决定因果关系需要更仔细的研究，比找出两个变项间的相关关系的研究更仔细。第一点，两个变项之间的时间顺序必须考虑。在

Murphy的研究里尚未回答的问题是：哪一个变项先发生，贫穷或精神分裂症？精神分裂症的出现导致贫穷吗？或者生活贫穷增加了精神分裂症的可能性？

除此之外，研究者必须注意出现混淆或影响自变量和因变量的第三个自变量的可能性。例如，社区职员得到的薪水和社区里酒类商店的数目存有高度相关，即是一个心理学常用的奇怪例子。任何从相关关系所下的结论必须考虑第三个变项，如上例应该考虑社区里的平均收入。第三个自变量很可能是促成两个变项之间形成虚假相关的、独立的、混淆的因素。研究变态行为之际，虚假的关系也可能存在，如果忽略了影响研究的自变量和因变量的第三个共同的影响力，则所下结论就有问题。

相关研究法的主要优点有：①当基于伦理或实际考量而排除更严谨的结构性实验研究时，相关研究法的主要优点是它容许研究自然存在的组别。例如，研究忧郁症时，研究者企图发现做梦和沮丧强度的关系。相关研究法不需要干扰病人生活即可进行研究，因为两个变项睡眠做梦时间和忧郁程度都是可以测量的。得到相关系数至少表示变项之间有共同变化，并且鼓励更进一步地研究是否存有因果关系。②相关研究精确地测量两个可测量的变项的共变程度。许多时候变态心理学得到这类关系程度的测量将非常有帮助。③相关研究可免于实验室研究的虚假性。

相关研究法的缺点：正如上述，相关研究法不容许研究者提出任何有关因果关系的绝对性结论。为了平衡这项缺点，相关研究法鼓励（或劝止）进一步的研究，验证猜测的假设。

3. 发展或纵横研究。

追踪个体多年来的发展过程会提供许多优点，主要的优点是建立生活危机和精神疾病之间的时间顺序的关系，例如，强迫症或忧郁症。这种方法仍然是一种相关研究设计，因而受限于相关研究的限制。事件出现的顺序，其本身并未建立因果关系。

（1）纵贯研究的问题。

发展的方法有一些问题，其中一个问题是研究对象人口中的减

少。研究初期有 100 个受试者，经过 5～10 年后由于保持联络不易，研究的受试者可能少到达不到统计分析的依赖条件。另外，当发展的研究变成回忆病人过去早期的发展，发展研究就变得类似个案研究。这种回忆过去就像前文提及的，相当不可靠。

更科学性的取向是经过多年之后，仍保持受试者在研究之中，最好是在受试者早年时期即开始研究。变态心理学最常见的纵观研究，很可能以因为早期心理困难的病征而引起诊所的注意的个案为研究对象。这类研究被称为高风险群研究策略。

Medwick（1968 年）的研究是个说明发展研究设计的好例子。挑选出的样本是 311 个儿童，其中 207 个儿童的父母有精神分裂症（高风险的族群），另外 104 个正常儿童当做控制组。这一研究企图找出儿童早期一些可以测量的症候，以便预测后来精神分裂症状的发展。起初收集的资料包括出生历史、家庭历史、学校记录以及各种身体和心理测量。两种组别均追踪了 5 年。

太早从惊吓刺激（研究中的一个测试）的惊吓里恢复过来，被发现能够预测未来精神分裂症的发展。这项反应也和许多人生事件，如出生时的困难和早期与父母分离有关。另外，这项反应还和基因上有精神分裂症(精神分裂症的父母)的先天素质有关，也和早期受挫而艰难的童年有关。因此这些研究发现被认为和形成疾病的"特异质——压力"理论相容。与精神分裂症之理论的关连性，似乎对此发现提供外在效度。但是，在结果可以广泛被接受成为实质正确之前，应该有其他的研究者和受试者加以重复验证。

（2）横切面研究。

横切面研究是在纵贯或发展性研究设计的基础上衍化而来的。典型的纵贯研究追踪相同的儿童族群达数年之久。在横切面研究里，各组代表不同年龄的儿童被比较，以追踪某特定行为模式的发展。由 Jersild 和 Holmes 于 1975 年进行的研究即是一个说明横切面研究的好例子。他们找出儿童害怕的三个时期，从 1～6 岁皆在研究范围内，而且他们接着企图将此三个时期和特定的心理发展变化加以连结。

横切面研究比纵贯研究更符合经济效益和节省时间。但是，横切面研究在追踪发展顺序的价值远胜过确认精神疾病的病因。但是像相关研究一样，横切面研究容易建立（或削弱）研究者所考虑的假设而无法严谨地验证假设。横切面研究的弱点在于它忽略因研究的儿童的生活经验而产生的变化，而且这些变化也是无法测得的。如此做的理论基础，乃是假定够大的样本数将会“洗去”个别差异。

4. 实验研究。

一个执行良好的实验是科学方法的完美模式。像所有的实验一样，变态行为的实验研究始于假设。实验者的假设经常和推测一种精神疾病可能的原因或可能的治疗有关。实验假设可能以其他研究所获得的暂时性但具暗示意蕴的发现作为基础。这类假设源自个案研究或相关研究的发现，有时也来自调查的发现。由于变态心理学两个最重要的研究目标是确认病因和考验有效治疗的假设，因此假设通常和这些问题有关。

在所有的实验性研究里，研究者最关心两个变项之间的关系，这两个变项是：自变量和因变量。自变量被假设成某种特殊现象的假设性原因，例如，变态心理学里某个特殊的治疗形式可能被假设成某些精神疾病好转的原因。在这些情况下，提供这些治疗即是提供了自变量。因变量的发生取决于它产生之前有无自变量。最基本的实验设计可以说明如下：前测—实验处理—后测。此时实验处理是自变量，因变量是前测和后测之间的改变。实验处理可能是假设性的治疗，以特定的最好是量化的词类描述。好的实验的条件是自变量和因变量都可以操作性定义，也就是说，两个变项都应该量化或可以测量。

这里所描述的设计是单一受试者的设计，控制实验处理之前和之后的比较。变态心理学里的结论很少是从单一受试者的实验提出。大部分的实验里有两组受试者，一组已知为实验组，另一组则是控制组。这两组的实验可以图示如下：

实验组：

前测——→实验处理 —→后测

控制组：

前测 —→无实验处理 —→后测

如果实验设计的受试者随机被分配至任何一组，则每一组皆可代表其群体，而且如果受试者人数大到足以产生统计可靠的结果，研究者可能提出结论：实验和控制组的后测差异可能是实验处理所引起的。

我们可以借 Vogel 曾报告的一项控制良好的实验，来详细说明实验研究的各种步骤。

步骤一：发展假设。研究者知道两个极重要的讯息：第一，他们知道几个晚上没睡觉的忧郁症病人，和我们大多数人的感觉正好相反，觉得较不忧郁。第二，他们知道定期服用药物的病人（这些药物减轻他们的忧郁症状）副作用为减少个体经验的做梦的量。就一个推测性的飞跃而言，研究者可能会假设减少做梦的活动量本身即会减轻忧郁症状。研究者接着在实验里考验这假设。

步骤二：操作性定义自变量。研究者描述自变量为：实验组受试者在三星期内的每星期连续三个或四个晚上当睡着做梦时均被叫醒。决定受试者是否在做梦，可从观察伴随着做梦时快速眼球移动而得知。

步骤三：测量因变量。此实验里的因变量为忧郁的程度，忧郁程度系以评定量表在实验处理之前和之后分别测量（所有实验处理在实验前即已告诉受试者）。

步骤四：设定控制组。控制组包含其他类型的忧郁症病人，应能够代表不同类型的忧郁症，但在重要的变项上与实验组符合，他们也和实验组受试者一样于夜晚被叫醒，除了他们不是在做梦期间醒来（视没有出现快速眼球移动而定）。我们可能会有信心地假定实验组和控制组的差异，仅在于三个星期内的做梦量；惟有以自变量之出现与否区分控制组和实验组。

步骤五：提出结论。在实验里，关键性的发现是控制组和实验

组的实验处理的结果出现统计上显著差异。在上述的实验里，只有实验组内因性的忧郁症（不是因为生活危机而引起的忧郁症）减低其忧郁症。作者提出结论：剥夺做梦减轻内因性忧郁症的症状；没有任何证据显示它对于其他忧郁症有正面的效果。

实验设计有两个极强的优点，尤其是因为它能够在实验室里执行。实验设计被认为是将成因抽离的最有效方法。实验之中严谨控制大大局限无关变项的运作，是给予实验能力的主要因素。第二个优点是它的可重复性。几乎所有重要经验均可以重复，有时候对于不同的族群进行同样的实验，以考验实验者假设的正确性和概括性。

实验法主要的缺点为人工环境。实验环境对于受试者而言，仿佛他们是被研究的特殊族群以便达成科学目的。基于这一认识而产生的态度可能使他们的反应变得不自然。

四、变态心理学的历史透视

心理异常的问题大概和人类的历史一样久远。历史资料说明，对变态行为的理解、解释和治疗方法的应用，通常反映了人类启蒙的程度和宗教的趋势、哲学和社会信念及时代的风俗。早期对心理异常的研究和处理充满了困难，变态心理学的科学进化缓慢得令人痛苦，究其原因主要有二：第一，变态行为引发的问题的本质，使得变态行为成了“破碎的事物”，招致患者的家人和社区处于恐惧、羞愧和罪恶之中，因此处理心理异常就转化为由国家和教会接手，而后者常常不是以科学的态度来对待心理的异常；第二，所有变态心理的科学进化，均是缓慢而零星的，许多重要的进展都是在巨大的拒绝和反对声浪下完成的。我们从其历史的演变就能清楚的知道这一点。

（一）古代时期对心理异常的看法

根据考古学家的发现，有些精神异常可追溯到石器时期。当时遗留至今的骨骸显示企图削去某部分头颅骨，释放脑部压力。这反

映了当时人们对心理异常的某种认识，也许是基于这样的假定：提供“恶魔”逃脱的路。但在中国，关于心理异常的治疗是比较人道的，约公元前2600年，就有信仰疗法、变换兴趣和改变环境等方法来治疗精神疾病患者。

在古代西方，大约公元前2000年到公元475年，人们对心理异常的解释大多带有超自然的色彩，虽然也有一些器官方面的解释，但治疗中却没有真正的医学意义。例如，那时期采用的所谓治疗方法，包括吃泄药、致吐、“熏阴道”、放血和阉割等，这些方法更多的是带给人伤害和疾病，而不是真正的治疗。可见，提倡对心理异常者进行人道待遇的人，如果没有先进的科学指导，也仅仅是阻止粗暴地对待心理异常者而已。

1. 古代早期。

这一时期（公元前2000～公元200年）对心理异常的解释混杂着超自然和自然的成分。例如在古希腊人们认为心理异常者是“被上帝取走了心”，在古巴比伦和希伯来都认为“魔鬼及其同伙凭借邪恶的眼睛和各种骗术”使人产生心理异常。在对待心理异常的态度上，既有其野蛮粗暴的一面，如处死，用石头打死；但同时又有其人道的一面，如仪式性的咒文驱魔、暗示催眠、放松等。

在古埃及，人们还对歇斯底里症即癔病有了一定的认识，包括躯体症状的认识（昏厥、聋哑、局部瘫痪等），病因的认识（子宫离开原来的位置在体内流动），以及治疗的方法（用烟熏阴道使子宫复位等）。

在古希腊，希波克拉底（Hippocrates）把心理异常归纳为体内四种体液的失衡，属于疾病，并且有着器官上的原因。这种思想构成了心理异常医学模型的先驱。因此，心理异常也只能用医学的方式进行治疗。然而，希波克拉底的思想在古罗马并未得到广泛的接受，仍有人坚持心理异常是由于“上帝在发怒”，主张对病人处以饥饿、恐吓和锁链、放血、致吐，以及关进地牢等方式驱走魔鬼的精神。同时，也有很多人坚持用温和、人道的态度对待心理异常者，但这并没有改变对心理异常者的虐待。

古希腊的另一位思想家盖伦（Galen）继承并复活了希波克拉底的思想，认为人由于自爱而导致自我错觉，并由此出现冲动和错误，由此心理异常者应由一个诚实的人进行监督。盖伦认识到了某些心理问题的环境诱因，并提出了一种类似合理情绪疗法的心理治疗技术。

2. 古代后期。

这一时期（200～475 年）心理疾病的概念被暂时放弃，对心理异常的解释又回到了超自然的魔鬼化上。这有着两方面的原因：1～4 世纪，瘟疫流行，罗马失陷，对战争、瘟疫和饥慌的恐惧，导致了“魔鬼”的出现——心理异常者成了牺牲品。同时，基督教已演变为一个有组织的社会阶层，一种反科学的情绪在迅速发展，它们把心理异常解释为缺乏对上帝的信仰以及魔鬼作祟。因此，界定人类行为是否适当的标准就由教会来决定。这成了中世纪把心理异常归为魔鬼的思想基础。

这期间，奥古斯汀是形成基督教教义的主要历史人物。他相信魔鬼是一种反抗上帝的力量，主张通过洗礼仪式把占据在没有信仰的人头脑中的邪恶精神除去。但与中世纪相比，这种“驱魔”只是仪式性的。

（二）中世纪时期对心理异常的看法

随着古希腊及罗马文明的崩溃，西方的科学进展推迟。古代迷信和鬼神学大行其道，因而这一时期被誉为黑暗的中世纪（476～1700）。此时期的普遍观念是：对行为的控制不是人自己，而是魔鬼。因此，心理异常的人被看做是“被魔鬼占据的”邪恶的人，对其对待也从温和的“把邪恶从中引出”发展成为野蛮的行动。这期间心理异常者被冠以“巫术，乱伦，以及魔鬼附体”的罪名。在 1487 年出版的《女巫的杵锤》一书起了极坏作用。书中认为情欲是邪恶的，女人是败坏男人的女巫；并阐述了大量的性问题，女巫勾引和施行邪恶的手段，用以揭露巫术的办法，以及适用的救治措施。这造成了一场反女性、反性欲的热潮。在当时，有上万人因“危害社会，在空中飞行，以及巫术”等罪名而受尽折磨，或者被

绑在火刑柱上烧死。心理异常的人被认为是与魔鬼有契约，这很容易造成对他们的迫害和摧残。

造成这种对心理异常者的狂热的迫害是有着深刻的社会文化背景的。当时的社会瘟疫流行、饥饿成灾、生活没有着落，于是幻想出一种“女巫”作为牺牲品。人们仅有的希望是有一个严厉而又万能的上帝，使他们免受魔鬼的摧残，并让他们在死后能升入天堂。在当时，不承认存在女巫和魔鬼会被当做是不正常的。在这种文化背景下，那些心理异常的人被看成是与魔鬼为伍的堕落的人；他们是虚弱、死亡、疾病、残害婴儿的罪魁，他们是不道德和恐怖的原因。因此这些人对一个充满恐惧和不稳定的社会是高度危险的。

（三）文艺复兴时期对心理异常的看法

从18世纪初开始，对人性的超自然解释开始下降，并出现了对科学和技术的兴趣，又回到了对心理异常的物理解释。这里一个主要的原因是科学从令人窒息的中世纪神学领域中解脱了出来，自然科学得到了发展。这种文化气氛使得麦斯默（Anton Mesmer）及其催眠术得以流行。他用“通磁术”治愈了几个病人，认为生命形式都浸在一种磁化能中。他的方法是以后的催眠术的基础。

不过在18世纪初，虽然精神错乱不再被视为魔鬼附身，而被看做是一种可以治愈的疾病，但对那些不能理解和治疗的人仍用地牢、锁链和鞭打对待。首先对这种做法提出挑战的是法国医生比奈尔（Philippe Pinel）。法国在革命后，比奈尔于1793年负责巴黎的一座收容院的工作，当时其环境非常恶劣。他在得到巴黎行政长官的默许后，首先废除了几个“收容者”的锁链。此后他一直致力于解放精神病人的活动。比奈尔于1826年在贫病交加中死去。当时法国最杰出的科学家及被他“解放”的精神病人近千人参加了他隆重的葬礼。

比奈尔及其他同期的先驱者们，尽管对心理问题的原因和治疗并没有精确的理解，但他们对心理异常者的同情和给予的人道主义待遇却有着划时代的意义。在18世纪后期以后，法国、英国、德国、美国等许多国家都设立了精神病医院，对精神病人进行收容和

治疗。到了20世纪初期，美国人比尔斯（C. M. Beers）在其著作《一颗找到自我的心》中，描述身为精神病的自身经验。这本书刺激和唤醒了大众对于改善精神病院待遇的兴趣，并且推动了美国和全球精神卫生运动的开展和推广。

（四）现代时期对心理异常的看法

19世纪末20世纪初，人们对心理异常的看法主要归为两大方面：一是器质因素，二是心理因素。

或许，德国精神病学家克雷佩林（Kraepelin）是此时期精神医学界最具影响力的人物。他以器官病理学的观点概述精神疾病，强调神经系统的失调是心理异常的关键性问题。他还将许多精神异常加以描述和分类，并引发对于症状群的注意而提供描述性精神医学的基础。另外的一些精神科医生，如Richard von Krafft-Ebing发现精神病和梅毒的关系、Alois Alzheimer证实高龄的精神病患者有大脑病变等，这些发现在20世纪初期，得到精神疾病器官取向的信徒大力支持。

而心理因素取向的代表人物，则是奥地利医生弗洛伊德（Sigmund Freud），他是精神病学史上被引用最多，也是争论最多的一个人。他的无意识和压抑的概念实际上在精神病学的很多领域及某些临床心理学的领域中已经成了不言自明的真理。弗洛伊德最主要的贡献就是把精神病学从严格的器官模式引向强调个人的心理发展状况及家庭和社会化影响的方向。

器质和心理观点的差异出现于早期变态心理学史中，它们将继续形成此领域的科学研究背景。产生心理疾病时，器质因素和心理因素究竟谁重谁轻，仍未有答案，而心理异常的有关理论和研究将继续扩展和深入。

第二章　变态心理学的理论模式

变态心理学的理论模式，是指对变态心理产生的原因、发展规律和诊断治疗原则进行解释的各种理论或假设。有关变态心理学的理论模式很多，本章将围绕目前影响最大的几种理论模式进行讨论，包括医学模式、心理动力模式、行为认知模式、社会文化模式等，同时对近年来兴起的生物—心理—社会模式给予介绍。

一、心理异常的医学模式

这是变态心理学的理论模式中历史最悠久、影响也很大的一种模式。它强调精神障碍的生物学因素，认为心理异常的发生主要与机体的生理变化有关。该模式由古希腊的希波克拉底和盖伦发展起来，并由近代医学家克雷佩林发扬光大。

早在古希腊时期，医学家希波克拉底就认为，心理异常的产生是由于体内的四种体液不平衡所致，而稍后时期的盖伦则提出大脑发育不完善是心理异常的原因。到了19世纪，德国医生克雷佩林(Kraepelin)在系统考察前人的许多研究成果，并亲自对许多病人作了长期的临床观察的基础上，最早、最系统地应用医学模式对心理异常进行分类。他发现躯体的一些症状结合起来往往表示一种特殊疾病（如结核症状群的存在表示有结核病），并且有一基本病因（结核杆菌）和相应的治疗方法（抗结核药）。他通过精神科临床观察，发现精神症状的综合也可表明为某一精神病（如精神分裂症状的存在表示精神分裂），因此他按照此法对精神疾病进行分类、诊断。他提出的这一精神疾病分类系统，被发表在1883年的《精神学教程》（第一版）中，以后发行到第九版。这本专著在美国和世界上很多国家都作为精神病学症状和诊断方面的权威性专业指导书

籍，他本人也成为公认的现代精神病学的奠基人。

克雷佩林确信精神病的原因是具有纯粹的器质性基础的，他最初考虑的是遗传与心理异常的关系，后来又重视代谢过程的因素以及心身关系各方面的变化。他始终主张并实施以实验和测验来探讨病理问题。如今人们强调的精神病生物学基础（遗传、神经病理形态、生化、免疫等）的研究是与这一思想的历史渊源分不开的。克雷佩林还提出了疾病单元的概念。他认为真正的疾病单元都具有同一病因、同一基本心理结构（基本症状）、同一病程、同一转归和同一病理解剖的特征。不过，目前持这一固定疾病单元概念的精神病理学家已不多见。

此外，克雷佩林还是一个实验变态心理学的先驱，他以一个精神病临床工作者的身份进入冯特的心理实验室，从事心理病理学和精神药理学的研究工作，因此，克雷佩林也是把实验心理学方法用于研究变态心理和精神病的首创者。他最早应用冯特实验室中广泛研究的反应时间作为因变量，来探讨精神病人的心理异常的特征。他在那里以及以后工作的医院中完成了许多举世闻名的心理学实验，其中至今都具有现实意义的精神病人工作曲线就是他首先发现的。克雷佩林还发明和自制了不少心理学实验仪器，如克雷佩林书写仪器等。

克雷佩林富有成效的成就，不仅大大地促进了精神病临床工作的发展，也大大地充实了变态心理学的科学内容。当然，前人的研究和著作并不是变态心理学的最后结论，有关变态行为的分类与解释仍在发展中。就医学模式的发展而言，随着遗传学、解剖学、神经生理学和生物化学等学科的发展，有关心理异常的生物学因素的研究也取得了较大的进展。目前，医学模式认为，心理异常的原因主要与遗传、体质、大脑解剖结构、生理生化因素及病菌等因素有关。

1. 遗传因素。

在病因学探讨中最引人注目的是遗传问题：人的心理（正常或异常）能否遗传？历史上最早对这一问题进行研究的是高尔登，他

认为人在特质和能力方面的差异受到遗传和环境两方面的影响。他所提出的用同卵双生子和异卵双生子研究遗传和环境因素在决定心理特点中的相对作用的方法，直到现在仍被沿用。

近来的研究表明，遗传造成的染色体畸变以及代谢基因的减少能直接导致心理异常。但这种情况并不多见。不过很多严重的心理异常，如精神分裂症和躁狂抑郁症等都受遗传因素的影响。精神病人亲属中随着血缘关系从远到近，其患病率也出现从小到大的趋势。根据对精神分裂症和躁狂抑郁症病人的亲属所作的调查，不同血缘关系的患病率是不同的，统计结果如下：

躁狂抑郁症病人亲属	患病率（%）
父母	11.5
子女	22.2
同卵双生	95.7
异卵双生	23.0
精神分裂病人的亲属	患病率（%）
父母	9.80
子女	16.4
同卵双生（同居）	91.5
同卵双生（分居）	77.6
异卵双生	12.5
同胞兄弟姐妹	11.9
堂兄弟姐妹	7.3
表兄弟姐妹	3.9

这些数据表明，许多重度精神疾病在发病原因上，遗传因素确实有着明显的作用，只是对于遗传因素作用的机制，还不是太明确。

近年来，随着遗传的细胞生物学研究所取得的进展，对于揭示某些心理异常的遗传机理，也有了一定的突破。一般认为，遗传物质 DNA（脱氧核糖核酸）中基因的变化，构成了心理异常的基础。如先天性愚型，又称唐氏综合症，就是由于染色体变异产生的，而躁狂抑郁症则是由于某一基因突变引起的，精神分裂症被认为与多

对基因突变有关。

2. 大脑机能状况与脑损伤。

大脑是心理活动的基础。正常的心理是人脑机能正常的表现，而心理的异常则与脑机能的异常有关。神经生理学的研究显示，大脑皮层的不同区域不仅结构不同，而且其功能也不同，如果某一区域受到损害就会出现相应的机能障碍。比如，额下回后部的局限性病变，会引起运动性失语症；左脑颞上回后部的病变，会引起言语感觉的障碍。至于其他的机能部位受损，比如情绪体验中枢、意志中枢等部位的受损，更是与心理异常密切相关。

关于大脑机能状态与心理异常的关系，巴甫洛夫的学说和研究最有说服力。他的条件反射学说、催眠时相理论、孤立病灶的解释和实验神经症的研究，都为心理异常的原因提供了一种比较全面的中枢神经系统的机能解释。

所谓“催眠时相”是指大脑皮层从觉醒到睡眠或从睡眠到觉醒的一种过渡的机能状态。巴甫洛夫认为，在这一过渡状态中，经历了四种不同的时相：①正常相，即反应是由外部刺激的性质和数量决定的，并存在对应关系；②均等相，即强弱刺激引起相同的反应；③反常相，即强刺激引起弱反应，弱刺激引起强反应；④超反常相，即阳性刺激引起阴性反应，阴性刺激引起阳性反应。在正常生理状态下，从觉醒到睡眠（或相反）的过程较短，故催眠时相的出现不甚明显。但当大脑皮层活动受到削弱或处于受损害的生理状态下时，时相状态就很容易出现，这时，如果某一时相比如超反常相持续很长时间，几天、几个星期甚至几个月，就会出现各种心理异常现象，如幻觉、错觉、妄想等。

孤立病灶又称病理惰性，是指高级神经活动机能出现个别的病变点，但其他的高级神经机能仍很正常。这种病灶可能是过去经受的精神创伤的后果，遗留下来而成为产生心理异常的原因。例如，根据这种观点可以把精神分裂症看做是由于大脑受损伤，使皮层处于保护性抑制而产生的“半醒半睡”状态，病人治愈后就像“做了一场大梦”。孤立病灶对精神病的兴奋和木僵症状的解释是，病理

性兴奋扩散引起行为表现的过度兴奋，而病理性抑制扩散到皮下就形成“木僵状态”。

从20世纪20年代开始，巴甫洛夫又进行了实验性神经症的研究，他认为兴奋和抑制是高级神经活动的基本过程，但如果兴奋和抑制不能协调，就会造成大脑机能的混乱，从而产生行为的混乱。根据对动物的观察研究，巴甫洛夫认为以下三种情况可使动物出现行为异常，即所谓的“神经破裂”现象：①刺激非常强烈，引起兴奋过程的过度紧张；②刺激过分复杂，要求动物作出精神的分化并做出相应的反应，从而造成抑制过程的过度紧张；③兴奋和抑制过程过分急剧地变化，或已形成的动力定型急剧改变，引起过度的紧张。当然，这些研究结果是通过动物实验而获得的，因此，在应用于人类时应特别小心，毕竟人与动物是有着明显区别的，起码人有着动物所没有的语言系统。

3. 神经生化因素。

神经生化的研究开始于19世纪70年代，以后随着微电泳法、荧光分光光度法、免疫法、同位素示踪法等新技术的发现和应用，使人们有可能深入了解大脑处于不同机能状态下物质代谢的变化。特别是对于各种心理与行为的异常状态下脑内生化物质的改变有了越来越深的了解。

许多研究结果显示，心理异常的症状与几种中枢神经递质有关。所谓中枢神经递质是指存在于中枢神经系统中对大脑功能有重要影响的生物化学物质，它们具有传导和阻抑神经冲动的作用。主要有乙酰胆碱、去甲肾上腺素、多巴胺、5－羟色胺、谷氨酸等。这些化学物质如果代谢异常，就可能成为诱发精神障碍的重要原因。例如，血液内的5－羟色胺具有保持情绪稳定性的作用，如果5－羟色胺减少，个体就容易出现情绪波动。因此，有人认为躁狂抑郁症的出现与5－羟色胺的浓度减少有关，它使机体处于情绪易激惹状态，这时如果血液中的去甲肾上腺素浓度升高，就会出现情绪高涨（躁狂状态），反之就会出现情绪低落（抑郁状态）。

另外也有研究表明，血液中的化学物质血清肌酸磷酸激酶

(CPK) 也与许多精神症状密切相关。CPK 越高，精神症状越严重，住院周期也越长，并且需要更多的药物来控制其行为异常症状。

4. 素质因素。

即使坚决主张精神疾病器质病因论者也承认，很多精神疾病患者看来与脑损伤或其他的躯体疾患无关。神经性动物恐怖症患者，似与其过去经历所获得的体验有关，而嗜酒者经常喝酒是为了要回避内心矛盾冲突或内疚感，而不是由于他患有神经科疾病。对这种情况，器质病因论者认为精神疾患与病人的素质有关。

一般认为脑损伤或其他生物躯体性损害，可能不是所有神经症、精神病和人格障碍的直接原因，应激反应、个人内心矛盾冲突、适应不良性习惯都可能诱发精神疾病。但是这种情况只有具有易感或脆弱素质的人才会激发患病。一个精神疾病患者，他的遗传、生物化学等因素可能比一般人对于生活中的应激压力更加敏感。通常除了可找到患者的直接精神刺激因素外，往往可以发现患者有脑损伤或其他神经系统缺陷的情况。如果找不到时，则需要去寻找患者在躯体与大脑方面所潜在的缺陷性结构及功能方面的素质因素。

综上所述，医学模式强调心理异常的生物学因素，认为精神疾病是由损伤、生物化学缺陷或其他躯体原因所引起的结果。按照这一思路，对精神疾病患者的治疗当然也就是医学模式的治疗，即像治疗躯体疾病那样，通过住院、服药或其他物理化学的治疗手段，来治疗精神障碍患者。曾用过的方法有：外科手术、电休克、旋水浴、二氧化碳吸入、卧床休息、人工发热、胰岛素治疗和化学药物等。这些疗法中，有的方法是有害而无益的，已经很少应用，如胰岛素治疗等。但化学药物的治疗看来是很有前途的。目前医学模型提供的主要治疗方法就是化学药物治疗，几十种药物都能有效地帮助减轻精神分裂症、抑郁症和其他精神症状。尽管药物不能完全治愈心理异常，但对于其康复过程却有很大的帮助。

医学模式对于变态心理学和精神病学都具有重大的理论意义和实践意义。它的功绩在于第一次在整个医学科学的基础上明确精神

疾病和其他躯体疾病一样是一种疾病，都是有生物学上的原因，从这一模式出发，有助于对心理异常的实质及其产生的原因和机制进行科学的了解。同时，对于人类有效地减轻和控制各种精神疾患，维护人们的精神健康作出了重大的贡献。

然而，医学模式也有其明显的局限。它只看到人作为生物有机体的一面，即受生物学的规律所制约的一面，而没有看到人同时又是具有丰富的主观内部世界、受到社会生活条件制约的一面。事实上，与我们的人格发展和日常生活困扰无关的心理异常现象是非常少见的，而大多数心理异常的发生，都与心理社会因素密切相关。所以，医学模式的这种只看到疾病而没有看到病人，忽视了人是生物、心理、社会的有机整合体，忽视了人的整体性，这种只见树木不见森林的观点，是比较片面的和机械的。

二、心理异常的心理动力学模式

心理动力学模式强调动力因素在心理发展中的重要作用，认为人的行为无论是正常的或是异常的，都是由于各种动机是否满足这一对矛盾的结果。心理动力学的理论很多，包括弗洛伊德的精神分析学说、阿德勒的个体心理学、艾利克森的自我心理学、荣格的分析心理学、霍尼的文化精神分析、帕森斯的格式塔理论和罗杰斯的人本主义理论等。其中，尤以弗洛伊德的精神分析理论最早、最完整，而人本主义理论则是继精神分析和行为主义学派之后，与之齐名的三大心理学思想之一。

（一）弗洛伊德的精神分析理论

19 世纪末 20 世纪初，当其他的精神病学家正在关注精神病的自然历史，探讨它们的生物学因素和素质基础的时候，弗洛伊德却把注意力转向了心理的影响以及人格和环境作用的“动力学”层面。经过对精神障碍，特别是对神经症的大量临床实践的经验总结后，弗洛伊德提出他自己的一套理论，即精神分析理论，该理论主要包括五个层面：意识的三个层次、人格结构学说、性心理的发展

阶段、焦虑和自我防御机制、精神分析的治疗技术等。

1. 意识的三个层次。

弗洛伊德将人的意识描述为三个层次，即意识、前意识和潜意识。意识，是指个体可以直接感知到的部分，比如知道自己正在看什么书，也听到外面的讲话声，还知道有人坐在对面的桌子上，虽然不甚清楚对方是谁。前意识是指介于意识和潜意识之间的那部分内容，多是那些不在注意力中心的事件，但随时可以向记忆提取资料，比如，一项昨天在班上的经历，一个即将的约会和两个小时前的午餐等。而潜意识是指自己意识不到的、处于内心深处的那部分内容，它包含着两种主要素材：一是那些不论何种原因而被遗忘的素材；二是因为产生冲突和焦虑而被压抑和排除于意识之外的素材。

在弗洛伊德的理论中，意识部分不很重要，重要的是潜意识。他曾作过这样的比喻：心理活动的意识部分好比冰山露在海洋上的小小山尖，而潜意识则是海洋下面那看不见的巨大部分。

根据弗洛伊德的观念，潜意识层面通常包含了大量的各种为人类社会伦理道德、宗教法律所不能容许的原始的、动物性的本能冲动和与各种本能有关的欲望。它是过去经验的大贮藏库。弗洛伊德认为，这些无法得到满足的情感体验、本能欲望与冲动是被压抑到潜意识之中的，但它们并不肯安分守己地呆在那里，而是在潜意识中积极地活动着，不断地寻求出路、追求满足。

但是，潜意识的东西要进入到意识中来是非常困难的。因为在意识之中似乎有一种抵抗力量，起着“检查官”或“看门人”的作用——严防潜意识中的观念进入意识部分。于是就存在这样的矛盾：潜意识中的各种本能冲动或动机、欲望迫切地向上冲、向外推，力求在意识的行为中得到表现；但因为其不为社会道德、宗教法律所容许，所以当其出现时，就会在意识中唤起焦虑、羞耻感和罪恶反省，因而加以抵抗，给予相反的力量，向下、向内紧压，这就是所谓压抑。

弗洛伊德认为，压抑的功能就是要把主体的痛苦经历和回忆、各种欲望和冲动保存和隐藏起来，不让它们出现在意识中。但这些

东西并未消失，而是一直潜伏着、活动着，并通过梦、口误、笔误、记忆错误等蓄意表现出来，而病态的压抑则会导致心理疾病，即以神经症的形式表现出来。

2. 人格构成学说。

弗洛伊德根据临床经验知识，指出人格的构造可以分为三个部分，即本我（Id）、自我（Ego）和超我（Superego）。本我是属于生物性要素，自我是属于心理性要素，而超我是属于社会性要素。

（1）本我：本我是人格的基本体系，它代表着人最原始的一面，是由一切与生俱来的本能冲动所组成。它潜存了人的各种欲望，如性欲望、觅食欲望、求安全欲望和攻击欲望等。这些本能和欲望强烈地冲动着、不能忍受紧张，它会对紧张作立即反应，以维持一种均衡状态。因此，本我只受“欢乐原则”的支配，其目的在减轻紧张、避免痛苦，以获得快乐。本我是非理性、无道德的，它一味寻求无条件的、即刻的满足，永远不会成熟，也不会思考，仅有欲求或行动。本我属于潜意识层面，但也可浮现在前意识或意识中。

（2）自我：自我是与真实的外界世界相接触的部分，它是管理、控制与调整人格的执行者，它的职责在于协调本我与周围环境之间的关系。自我控制意识，并从事检查工作，它受“现实原则”的支配，能作现实性与逻辑性的思考，并对满足需要的行动作计划。自我是智慧与理性的本体，对盲目的本我驱力作检核与控制。自我不仅顾及主观的现实层面，也能区别外在世界的心理印象与外在事物之间的关系。

（3）超我：超我是人格中道德或正义的部分。它是一个人的道德信条，主要判断行动的好与坏、对与错。它代表理想而非现实，努力追求完美，而非快乐。它也是传统价值与社会理想的代表，这些传统价值与社会理想是由父母传递给儿女的。

弗洛伊德认为人格的这三种构成：本我、自我、超我之间不是静止的，而是不断地交互作用着。自我在超我的监督下，按现实可能的情况，只允许来自本我的冲动有有限的表现。在一个健康的人格之中，这三种人格结构的作用必然是均衡的。本我是求生存的必

要原动力；超我在监督、控制主体按社会道德标准行事；而自我对上按超我的要求去做，对下吸取本我的动力，调整其冲动欲望，对外适应现实环境，对内调节心理的平衡。如果这三种力量不能保持这种动态平衡，则将导致心理失常的产生。

3. 性心理的发展阶段。

弗洛伊德是一个泛性论者，他把人的一切行为动机和社会生活的各个领域均涂上了性的色彩。他认为，以性欲为基础的种族保存的本能背后有一种潜力，叫做力比多（libido），又称性力，它是一种力量、一种本能。这种性本能是人类一切心理和行为发生的主要基础。当然，他所谓的性不仅包括了同生殖器官有关的狭义内容，而是具有更广泛的内涵，它包括了与生命得以延续和发展有关的内容。

按弗洛伊德的观点，人的发展即是性心理的发展，这一发展从婴儿时期开始到青春期共划分为五个阶段，每个阶段的性活动都可能影响人的人格特征，甚至成为今后发生心理疾患的根源。其中，儿童早期的经历对一个人其后的心理发展是至关重要的。

（1）口欲阶段（0～1岁左右）：此期婴儿的主要活动为口腔的活动，快感来源为唇口吸允、吃手指，长牙后，快感来自咬牙、咬东西。

（2）肛欲阶段（1～3岁左右）：此期中婴儿要接受排泄大小便方面的训练，主要为括约肌紧张的训练。快感表现为忍受和排便。

（3）性器欲阶段（3～6岁左右）：此期中儿童能分辨两性的差异，产生对异性双亲的爱恋情结及对同性双亲的嫉妒。此外，生殖器部位的刺激也是快感的来源之一。

（4）潜伏期阶段（6～12岁左右）：此期中的儿童性欲倾向受到压抑，快感主要是对外部世界的兴趣。

（5）青春期阶段（12～18岁左右）：兴趣逐渐转向异性，幼年的性冲动复活，性开始成熟。其特征是异性爱的倾向占优势。

弗洛伊德认为，性心理的发展过程如不能顺利进行，停滞在某一发展阶段，即发生固着；或个体在受到挫折后从高级的发展阶段倒退到某低级的发展阶段，即产生了退行。两者就可能导致心理的

异常，成为各种神经症、精神病产生的根源。

4. 焦虑与防御机制。

弗洛伊德将焦虑分为三种类型。一是真实的焦虑，即现代人们所称的害怕，因真实世界的危险而产生真实的焦虑。危险可能来自实际困难，比如战争或被困在着火的大楼中。但危险的本质也可能是心理的，如来自真实生活的挫折或无法解决的冲突可能令个体感到紧张。二是神经质焦虑，弗洛伊德认为这种焦虑出自个体担心潜意识的冲动，尤其是性欲和攻击的冲动，在本我和自我的冲突中占优势。三是道德的焦虑，来自个体担心行为破坏个人的标准或良心的规范，这也是自我和超我之间的冲突。弗洛伊德认为，任何焦虑都是一种不安的磨难，因此个体往往会利用防御机制来逃避焦虑。

所谓心理防御机制，是个体潜意识渴望保护自我的统一性不受到威胁，并且使自己从未解决的挫折和冲突之中得以解脱的手段。常见的自我防御机制包括否认、补偿、替代、幻想、压抑、投射、反向、合理化以及升华等（见表2－1）。应该说，所有的人都或多或少地使用过这种自欺的手段，以求保护自尊或缓和失败的痛苦。但是，自我防御机制毕竟不能代替问题的根本性解决。所以，适度的应用防御机制，可能有助于个体焦虑和痛苦的暂时缓解；但如果过度应用防御机制，则可能导致病态的适应模式，甚至可能因此而导致精神障碍的发生。

表2－1　防御机制及其表现

机　　制	表　现　实　例
否认：拒绝接受或面对不愉快的现实以保护自我。	吸烟者认为"吸烟有害健康"是没有科学根据的。
幻想：通过想象中的成就去满足受到了挫折的欲望。	一位笨拙、退缩的男青年设想自己是很多少女心中的偶像。
压抑：阻止危险痛苦的思想进入意识。	母亲偶然想到要杀死自己淘气顽皮的孩子，这种想法被排除在意识之外。

续表 2－1

机　　制	表　现　实　例
合理化：采用人为的"解释"去掩盖自己某一行为的动机。	当别人都忙于交朋友或约会时，一个害怕与别人接触的学生则以需要安静学习来解释他的社交的孤立。
投射：把自己不能接受的欲望或特点归结为别人使自己具有了这些欲望或特点。	我本来很喜欢我的同事，但他们都恨我，我也就无法再喜欢他们了。
反向：为阻止不能接受的欲望而做出相反的行为表现。	一个特别整洁条理的人在无意识中可能想弄脏一切。
转移：将不满发泄到危险较小的对象上。	丈夫受了上司的委屈，会把怒气发泄到妻子的身上。
情绪分离：通过保护性的退缩和被动承受减轻自我的卷人。	儿童因病长期住院而与父母分离，会变得缺乏情感反应和冷漠。
隔离：把具有威胁性的动机或感情分隔于意识区域之外，从而使自己在正常时不能意识到这些动机或感情。	如一个男人在醉酒时会意识到自己的同性恋情感。但在正常情况下则意识不到。
抵消：从事某种活动以抵消一个人的真实情感或欲望。	一个想用煤气杀人的男子总是去关煤气开关，以抵消这种欲望。
退行：退回到儿童早期水平，出现不成熟的行为并不负责任。	一个自尊心破碎的男人出现儿时的行为，并向女孩展示其生殖器。
过度补偿：通过过分满足某一欲望来弥补受到挫折的欲望。	一个超重妇女在受到丈夫忽视时仍坚持吃大量的冰淇淋。
升华作用：把性欲能量转化成建设性的非性欲活动。	一个在性生活中失意的人成为有创造力的人，积极投身于科学研究。

5. 精神分析的治疗技术。

弗洛伊德认为，心理治疗的目的在于觉察和洞察人的潜意识，了解其症状背后的症结。即通过分析当事人自己意识不到的症结所在，产生意识层次的领悟，使无意识的心理过程转变为意识的，这样患者就会真正了解症状的真实意义，便可使症状消失。精神分析的治疗技术主要有五种：

(1) 自由联想：让当事人在非常舒服的躺椅上自由联想，治疗者要求当事人尽可能地将心中的话说出来，不管它们是多么的琐碎、无逻辑、不清楚，当事人仍需要直觉的、不加思考的报告出来。在自由联想过程中，治疗者的任务是鉴别与解析潜意识中被压抑的事件与当事人症状有关联的资料。当事人通常躺在长椅上，而治疗者坐在其后，这样才不至于影响当事人的自由联想。

(2) 梦的分析：在睡眠中防卫是比较低的，一些被压抑的情感会表面化。弗洛伊德把梦看做通往潜意识的大道，在梦中一个人的潜意识欲望、需要与恐惧会表现出来。某些不被人所接受的动机会以伪装的形式表现出来，而非直接显现。对梦的分析就是要揭示梦的隐义。

(3) 抗拒的分析：抗拒是当事人有意识或无意识地回避某些敏感话题，有意无意地使咨询重心偏移。弗洛伊德认为，当事人抗拒的原因是一种潜意识的防御作用，以逃避自己去面对自己所无法忍受的焦虑的意识化。处理抗拒的方法是治疗者指出当事人的抗拒心理，帮助当事人了解抗拒的原因，以使当事人正视抗拒的行为，并借此探讨潜意识的作用。

(4) 移情的分析：移情是指当事人在咨询过程中，把治疗者当成他过去生命中的一个重要人物（如父母或其他重要人物），当事人并以对待此人物的情感转移来对待治疗者。在咨询过程中，移情是一个关键，因为透过移情作用，治疗者有机会去具体地观察和了解当事人的人际关系，并解析问题行为的冲突所在。

(5) 解释：解释是精神分析中最常用的方法。要揭示症状背后的无意识动机，消除抗拒和移情的干扰，使当事人对其症状的真正

含义有所领悟，解释都是不可少的。解释的目的是让当事人正视他所回避的东西或尚未意识到的东西，使无意识之中的内容变成意识。

弗洛伊德的精神分析理论，在当时提出需要很大的理论勇气和实践精神。尽管他的理论后来受到了许多人的质疑，但弗洛伊德仍被认为是迄今罕见的思想家，他的理论和观察使我们对人类的动机和行为有了新的认识。首先，他第一次提出人的心理变态并不都是由大脑的生理和解剖结构的损害引起，人的内在心理冲突也同样能造成心理异常。因而他使得变态心理学的研究主题从生物学变化转向动力学方面的内容，从病人的内心深处挖掘精神疾病的原因。其次，他强调本能冲动和欲望是人的心理动力，性是人类的基本动机，是推动人们心理活动的一种基本动力，这是对当时的构造主义心理学和理智心理学的挑战。第三，他提出的心理的"防御机制"的概念，即认为人有一种自发的心理调整机能，在一定程度上使人的内心矛盾得以缓和，烦恼和不安得以减轻或消除，使人的心理活动恢复及保持某种稳定状态。第四，他建立了自由联想和释梦等技术去引导患者认识自己的潜意识，这对于重建个人的人格，具有重要的作用。

但是，弗洛伊德的理论体系也存在明显缺陷。第一，他过分夸大了无意识的作用，把人的意识贬低到一个次要的地位，甚至完全忽视了意识在人的活动中的重要调节作用，这是片面的。第二，他的"泛性论"观点，认为生物学的性本能冲动决定着人的一切行为活动，是整个人格的基础。这一观点也是错误的，它混淆了人和动物的本质区别。第三，他把人的社会属性和人的生物属性看成是一对不可调和的矛盾，并成为人的一切心理变化（包括正常和异常的）的根源。这样，弗洛伊德就把人和他生活于其中的社会条件绝对地对立起来，抹煞了两者的辩证关系，对人类的未来引出了悲观的结论。

另外，弗洛伊德的理论体系中，有些原理、原则完全是出于猜测，或是纯粹虚构出来的，因此其主观唯心主义的倾向也受到批

判。其治疗时间的漫长、费用的昂贵以及其治疗效果的难以评定也受到质疑。

（二）罗杰斯的人本主义理论

20世纪70年代以后，人本主义的心理学思想迅速崛起，其中罗杰斯的当事人中心疗法和自我概念的基本思想，成为对心理异常解释的一个重要方面。归结起来，罗杰斯的观点包括以下内容：

1. 自我是组织心理活动的中心。

在所有的人本主义心理学家中，罗杰斯的自我概念是最系统的，它由一系列的命题所组成，即：①每个人都有自己的经验世界，而其中的“我”和“我自己”是这一经验世界的中心。自我的概念代表自我感知的一种组织化和一致性的模式，是个体对自己心理现象的全部经验。②个体最基本的动机就是自我保持、自我发展和自我实现。罗杰斯相信，所有的行为都受自我实现倾向的制约，机体以保持和增强自身的方式发展其所有的潜能。③个体对外界的反应是根据他们对外界的知觉方式作出的，并且与他们的自我概念或世界观相一致。当自我感知到威胁后便会出现防御，包括知觉和行为的刻板与狭窄，并出现自我防御机制（类似于前面的心理防御机制）。④个体的内部趋势是朝向健康和完整的，在正常条件下我们的行为是健康的和有建设性的，并寻求得到个人成长和自我实现的行为方式。

2. 对人性和人类潜力持一种积极的态度。

与精神分析和行为主义不同的是，人本主义理论家对人性和人类潜力的看法是积极、乐观的。他们认为在适当的条件下，人类都倾向于友好、合作以及建设性的行为；而自私、攻击性以及残忍则是由于对我们的本性的否认或歪曲。另外，人本主义心理学家还特别强调价值和价值选择过程在指导行为以及寻求有意义的生活方式等方面的意义。他们认为，个体在自己的经验基础上所形成的价值是最关键的，人们一般不会盲目地接受周围其他人的价值，否则人们只能否认自己的价值经验并且疏远了自己真正的情感。

3. 关于心理异常的起因。

罗杰斯认为主要与自我实现趋势受阻有关。在罗杰斯看来，一个健康的人能够把自己的经验同化到自我结构中去，并保持自我与经验的和谐，对自己的经验持一种开放的态度，并且没有明显的防御反应。而适应不良的人则不能接受自己的全部经验，必须否认一些重要的感觉和情绪体验。这样的后果就是维持一种刻板的和防御性的自我，同时排斥那些对整个自我构成威胁的经验。如果一个人自我不一致的行为冲破了防御过程的控制，那么就出现精神病症状了。具体来说，自我实现受阻碍到恢复正常的过程包括以下几个阶段：

(1) 威胁的经验。在发展过程中，某些人由于过分要求积极看待，把外在的价值条件看得比内在的机体评估更重要。这时候，自我概念和经验之间不可避免地要发生冲突。例如，一次考试失利会冲击某学生的自我概念，即“我是有能力的学生”这一自我概念与考试失利的经验发生了冲突。这种冲突的发生是因为外部价值条件中强加的评价与机体内部评价过程的评价不同。这种冲突的意义在于他威胁到自我的一部分。罗杰斯把威胁定义为一个人有意或无意地感受到他的经验与自我概念之间的不协调。

我们在情感上对威胁的体验是模糊的不安和紧张感，通常称之为焦虑。焦虑是整合的自我概念正处于被分解的危险之中的一个信号。这将在一个人完全意识到自我概念和有威胁经验之间的差距时体验到。焦虑引起防御过程试图减少非整合感，不断降低焦虑带来的不愉快的感觉。

(2) 防御过程。防御过程维持自我和经验之间的一致。罗杰斯在 1959 年阐述了达到这一目标的基本道路：感知歪曲和否认。通过感知歪曲，人们改变（歪曲）经验的感知方式来使它与自我概念相符。例如，认为自己受欢迎的少女在周末没有人邀请她的时候警觉起来，她可能歪曲事实，告诉自己她的同伴因为认为她一定很忙才没邀请她。从现象学观点看，感知歪曲改变了经验本身，经验仅有主观现实性，一个经验是一个人对它的感知。感知歪曲改变了经

验，因此它与自我概念更相容了。否认是另一个基本的防御过程，当我们感觉到经验与自己自我概念不一致的时候，我们使自己相信经验不存在。在上一个例子中的少女可以通过想象她的同伴请她，但是被她拒绝了来否认威胁性的经验。

(3) 心理调整。罗杰斯根据自我和经验之间的和谐来看待心理调整。心理调整良好的人把自己、自己与别人以及生活环境中物体之间的联系看做他们的“真实”存在。乍看起来，这可能与现象学强调的主观经验不一致。其实主观经验对罗杰斯十分重要，但心理调整需要主观经验与外部现实紧密符合。当这样的符合存在时，一个人不会感到经验是一种威胁，而对经验开放，从而使经验与自我概念一致。如一个教授有“优秀教师”的名声，他的自我概念包括维持学生高水平的学业成绩，当他发现他的一个学生很难达到A级时，他会感到被威胁。他可以采用歪曲或否认的策略来防御，也可以通过调整自己不合理的自我概念来顺应现实经验。

(4) 过程的瓦解和崩溃。即使是心理调适最好的人也常常受到与自我概念不一致经验的威胁。人们采用防御过程来使自己的自我概念免受分裂的危险。自我概念与经验的不一致程度不高，则引起的焦虑程度也不太高，个体通过防御机制就足以应付它们。当经验与自我概念高度不一致时，人们感到一种十分不愉快的焦虑，以致干扰了正常的工作与生活，自己又没有办法通过防御或心理调整来减轻焦虑，这时就可能需要一些专业性心理治疗方法来解决。然而，通常一个人的防御足以使不整合的经验排除在意识觉察之外，这使自我能继续保持一个整体。当自我与经验之间的不一致变得十分大时，个体的防御过分的歪曲和否认经验，其结果是一致的和整体的自我解体了。在亲戚和朋友眼中，这个人行为是紊乱的。事实上这些行为可能是由于个体歪曲和否认，使他自己没有认识到自我与经验的不一致所导致的。这些行为看起来奇怪，仅仅是因为这个人与别人眼中的他不一致。例如，一个妇女很精明地控制着她的攻击倾向，否认它们是自我的一部分。她开始对人们表现出敌意时，她的朋友可能把敌意看成是与她人格相异的。实际上这是她人格的

一部分，只不过大家都未意识到。罗杰斯说，如果我们与他人分享一些共同的经验，而那个人不接受或不理解，肯定会给我们带来心理上的伤害。

(5) 重新整合。自我概念和经验的不一致能通过对人格的重新整合过程来减少。重新整合过程通过修改防御过程来修复一致性，换句话说，个体开始清楚意识到他歪曲和否认的经验。罗杰斯认为重新整合仅仅在个体价值条件减少，无条件积极看待增加的情况下才有可能。如果一个人置身于无条件积极看待的情景中，我们价值的条件失去了它们的意义和指向行为的力量。我们会变得对经验的更多的开放性，因为没有价值条件干扰，所有经验都能与自我一致，即自我能准确感知，并能正视它们，把它们当做自我的一部分。如果一个男人不承认别人对自己的消极的评价，因为这种评价与他的自我概念不一致。这时他会感到受威胁，因而产生对人愤怒与攻击的倾向。但是，如果愤怒和攻击行为与他的自我概念不一致，那他又会将其抑制。只有这一价值条件瓦解了，对愤怒的抑制与攻击性方能和谐地存在于一个统一的自我之中。

由于他人无条件积极看待的缘故，我们体验到更多的无条件积极自我看待，这使我们对经验开放，并在其他人不在的时候也无防御。因此，无条件积极自我看待的增加，价值条件的减少是人格重新整合的前提。当然，接受无条件积极看待不是人格重新整合的产生的惟一条件。较小的人格整合发生在我们的日常生活里。如果没有对自我的威胁，人格的整合可能在没有无条件积极看待的时候发生。罗杰斯相信当我们独处的时候，我们能面对较小的焦虑经验，重建我们的自我概念来同化它们。但是当不一致程度很大时，重新整合就只能在与一个确认能接受的人（可能是咨询家或心理医生）的联系中才能实现，这种联系在当事人中心疗法中产生。

4. 关于治疗。

罗杰斯从现象学角度出发，认为心理治疗的中心是患者。治疗的基本前提是每个人都有自主权和发展自身人格的能力，治疗是为了解决患者独一无二的问题，包括情感、知觉、态度与目标等方面

的问题。简言之，要从患者内部参考模式出发。虽然一个人永远不能完全了解另一个人的主观经验，但是治疗家可以努力了解尽可能多的关于患者如何看待自己的独特经验。而要做到这点，关键在于治疗者和来访者之间的关系。罗杰斯坚持认为，治疗者和来访者的良好关系是心理治疗的充分必要条件。

具体来说，罗杰斯假设在治疗中有六个必要和充分的条件：

(1) 治疗家和患者必须处于“心理接触”的状态中，下面五条是患者——治疗家关系的性质阐述，满足了它们，第一条也就满足了。

(2) 患者必须是处于不协调的状态中。不协调是患者和自己经验之间不一致的结果。在这一状态中，患者可能是脆弱的和焦虑的。这一假设的一个间接证据是较少焦虑的患者涉入治疗有困难，因此倾向于退出。

(3) 治疗家必须处于与患者保持一致的状态。治疗家不需要对所有经验开放，但是在治疗情境中，必须相对脱离威胁经验，换句话说，尽管治疗家可能有一些私人的问题，他们不应该与患者有关联。这样使治疗家能真诚对待顾客，体验无条件积极看待和理解患者的移情。通过这样做，人格重新整合的条件才能建立起来。

(4) 治疗家必须对患者无条件积极看待。通过积极、同等地看待病人所有的经验，并因为不评判患者，治疗家建立无威胁的条件，因此对人格的重新整合有建设性。

(5) 治疗家必须对患者有移情理解。移情是从另一个人的观点对另一个人的问题进行理解——从那个人的内部参考模式出发。要达到移情，治疗家必须感觉他似乎就是那个人，但是没有失去“似乎”的性质。罗杰斯说：“为了不带偏见地进入另一个人的世界，把自己的观点和评价放到一边。在某种意义上说，意味着把你的自我放在一边。对于这点只有某些专业人员才能做到，因为他们才有足够的把握不会在另一个人的陌生和奇异的世界中迷失自己，当他们想要回来的时候他们就会安全地回来。”

(6) 患者必须在一些程度上感受到治疗家的整合、无条件看待

与移情式的理解。这一条件再次强调了通过病人的内部参考模式看待病人的重要性。

罗杰斯相信，如果在治疗中满足了前面六个先决条件的话，患者的人格就会发生改变。这种人格的改变主要表现在五个方面：①评价现象的能力提升，患者能从使用别人的价值观转到肯定自己的价值观；②患者防御性减少，灵活性提高，能意识到以前意识不到的东西，敢于分析自己；③形成了清晰、积极和一致的自我；④对别人的看法趋向乐观，与人相处更加融洽；⑤人格的成熟和健全。

总的来看，罗杰斯的有关心理异常的理论和治疗都是以人为本的，它强调人的价值和意义，强调人的独立自主的人格，强调人的自我实现的至高无上的动机。在心理治疗中，强调治疗者和患者之间的平等协调、情感沟通和心理交融的关系，强调充分调动来访者主观能动性的重要作用，强调在治疗过程中自己发掘自身的潜能，自己发现真实的自我，从而达到自我实现。这种不仅着眼于过去和现在，还放眼于未来的理念，以及当事人为中心的疗法，都具有非常积极的意义。

当然，罗杰斯的人本主义模式及治疗方法也有其局限。虽然它强调充分发挥当事人的潜能，促进其自我实现，这一观点是积极上进的，但是，它忽视了人和社会生活环境之间的不可分割的关系，忽视了人的一切心理冲突和心理异常都有着深刻的、相应的社会文化根源，因此所谓的自我实现，也只能是个体欲望的最大满足，而绝不会是人类美德的崇高体现。而且在社会环境的制约下，真正的自我实现也是难以达到的。即使在咨询的良好环境下，人的心理和情绪得以改善，但回到现实环境之中，个人是否能真正的适应良好，还是一个疑问，毕竟造成患者心理冲突和心理异常的社会生活环境并没有改变。另外，他的理论比较宽泛、松散，概念显得缺乏科学性，对心理学寄予了过多的期望，以及当事人中心疗法缺乏有效的、可操作的治疗技术等，仍被视为其不足。

三、心理异常的行为认知模式

行为主义心理学强调学习在人类行为中的重要作用。它与精神分析不同，从一开始就植根于实验的发现之中。在20世纪初，俄国生理学家巴甫洛夫通过狗分泌唾液的实验，提出了条件反射的概念。美国的心理学家华生则将条件反射的原理应用于人的实验，指出人的心理异常是过去不良条件反射的结果，而且可以采取条件反射的方法来进行治疗。他还进一步认为，心理学应该研究人的可观察行为，而不是内部感觉和其他内部事件等主观概念，主张采用客观、科学的研究方法，而不是内省的方法。至此，华生拉起了行为主义大旗。同时，斯金纳的操作条件作用原理、班杜拉的行为模仿原理也都丰富了行为主义模式，而认知行为主义的兴起，更是弥补了行为主义过分强调环境学习、忽视人的认知评价的不足。

（一）经典的条件作用原理

提到经典的条件作用，必然会首先提到巴甫洛夫的经典性实验。他用狗做实验，当狗吃食物时会引起唾液的分泌，这是先天的反射，称无条件反射。如果给狗以铃声，则不会引起唾液分泌，但如果每次给狗吃食物以前出现铃声，这样结合多次之后，铃声一响，狗就会出现唾液分泌。铃声本来与唾液分泌无关（称为无关刺激），由于多次与食物结合，铃声已具有引起唾液分泌的作用，即铃声已成为进食的“信号”了。这时，铃声已转化为信号刺激（即条件刺激），这种反射就是条件反射，也称应答性条件作用。可见，形成条件反射的基本条件就是无关刺激与无条件刺激在时间上的结合，这个过程称为强化。但若条件刺激多次出现，而没有无条件刺激的强化，这个条件反射就可以消退。

华生很早就利用应答性条件作用的原理进行实验，他曾使一个本来喜欢动物的11个月的男孩对白鼠产生恐惧的反应。其做法是每当这个男孩伸手要去玩弄白鼠时，实验者就在他背后猛击铁棒。经过这样几次的结合之后，每当白鼠出现，这个男孩就会哭闹，出

现恐惧的表现。此后，又进一步发现这个男孩的这种反应又泛化到其他白色的动物身上去了，本来他并不害怕的对象，如兔子、狗、有毛的玩具等，现在看到也发生了恐惧或消极的反应。这就是经典的条件作用原理。

系统脱敏法是最早应用的行为治疗技术之一，它主要利用交互抑制或反条件作用的原理，来矫治当事人在某一特定的情境下产生的超出一般紧张的焦虑或恐怖状态。在系统脱敏法的具体实施过程中，利用的是人的肌肉放松状态去拮抗由焦虑或恐怖引起的个体的心率、呼吸、皮电等生理指标的变化反应。放松状态多次与引起当事人焦虑或恐怖的条件刺激物结合，即可消除原来因该刺激物引发的焦虑或恐怖条件反应。由于人的肌肉放松状态每次只能拮抗一个较低程度的焦虑或恐怖反应，因此治疗时要从能引起个体较低程度的焦虑或恐怖的刺激物开始治疗。一旦某一刺激不会再引起当事人焦虑或恐怖的反应时，治疗者便可向处于放松状态的当事人呈现另一个比前一刺激略强一点的刺激。如果一个刺激所引起的焦虑或恐怖状态在当事人所能忍受的范围之内，经多次反复的呈现，当事人便不会再对该刺激感到焦虑和恐惧了。

（二）操作条件反射原理

正当巴甫洛夫进行经典条件反射的研究时，美国的心理学家桑代克提出了操作性条件反射的理论。他把猫关在迷箱之中，猫可以借助拉绳圈、推动杠杆、转动旋钮而逃出来。关在迷箱之中的猫一开始挤栅门，抓、咬放在迷箱里的东西，把爪子伸出来等，进行了多种尝试以逃出迷箱，后来偶然发现了打开迷箱的机关。以后猫的错误行为渐渐减少，只有成功的反应保存了下来。最后，猫学会了如何逃出迷箱，即学会了“开门”的动作。这种条件反射之所以被称为操作条件反射，正是强调了该行为的操作会导致某种结果的产生。

斯金纳本人也做过许多实验研究。他研制出一种现在被称为“斯金纳箱”的实验仪器，从这个仪器的实验中，他得出了许多用于行为治疗的原理，如强化原理、强化的时间与方式等。他认为，

包括心理疾病在内的大多数行为都是习得的，因此，心理咨询和治疗就是要改变作用于来访者的强化方式来改变其行为。例如，某一行为若得到奖赏，那么以后这个行为重复出现的频率就会增加；反之，得不到奖赏的行为出现的次数就可能会减少。在行为治疗中，常用的强化方法有：

1. 增强法。

增强法有两种方式，一是积极增强，二是消极增强。所谓积极增强是指给予正性增强物（即人所喜欢的事物），而消极增强是指拿掉负性增强物（即人不喜欢的事物，或厌恶刺激），两者都是用来鼓励当事人的受欢迎行为，抑制不受欢迎的行为。比如，要鼓励孩子上课专心听讲的表现，可给予奖励物，这就是积极增强；如果孩子因为上课搞东西而正在受罚站的惩罚，但如果老师发现孩子已经在专心听讲了，这时老师可以通过撤消罚站的惩罚来鼓励孩子变好，这就是消极增强。

2. 惩罚法。

惩罚的方法也有两种形式，一是给予个体不喜欢的物体或厌恶刺激，二是撤消个体正在享用的正性增强物。两种形式都是用来抑制或阻断不受欢迎的行为的。

具体而言，常用的惩罚方法有：①一般性惩罚，如给予批评、打手心、打屁股、罚站、记过、勒令退学等。②特殊性惩罚，如束缚身体、隔离、厌恶疗法等。其中厌恶疗法包括给予电击、催吐剂等，此法是一种很有争议性的技术，批评者认为它很不人道，通常在特殊情况下才采用。还有一种比较特殊、但比较柔和的厌恶技术，即饱和策略。其做法是治疗者主动提供大量的当事人所追求的目的物，让当事人享受到极限之后，产生生理上的不适，进而解除当事人的不适当要求，或削弱不良反应。比如，要矫正儿童乱撕衣物的不良习惯，治疗者可以给儿童提供大量的破旧衣服，并督促他一再反复地去撕扯。即使是儿童感到很累了，也要让他继续撕，直到他感到厌恶并吵着要把衣服拿走为止。

3. 消退法。

这种方法是指对不适应的行为不予注意，不给强化，使之渐趋减弱直至消失。例如，小孩因为某种原因而无理取闹，借哭闹的方式来引起大人的注意、达到自己的目的。这时，父母的劝说或打骂都可能成为孩子继续哭闹的强化因素。因此，不予注意、不予理睬，孩子的无理取闹行为就会慢慢减弱，最后消失。

4. 代币管制法。

代币管制法是一种利用强化原理促进更多的适应性行为出现的方法。代币指可以在某一范围内兑换物品的证券，其形式有小红旗、小铁牌、小票券等。当事人可以用这些证券换取自己所需的物品。我国许多精神病院已采用此法管理病人，使精神病人的不良行为减少，生活秩序好转。此法也可用于培养儿童的适应性行为。

（三）模仿学习原理

模仿学习原理又称社会学习原理，是班杜拉在对幼儿做了大量的实验研究后提出的。他认为个体仅仅可以通过观察其他人的行为反应就可以达到模仿学习的目的。观察学习是个体社会学习的一种最重要的形式。班杜拉指出，观察的学习机制不能简单地用操作条件反射的原理进行解释，他是由注意、保持、动作复制和动机建立四个相互联系的阶段构成，各阶段分别受一系列变量的影响。这四个阶段被认为是社会模仿学习必备的阶段。除此之外，人们还注意到被模仿人的特征、观察者的特征和观察者的参与程度等也是影响模仿学习的因素。

模仿学习理论认为，人的大量行为都是通过模仿而习得的，人的不良行为也常常是通过这一方式而形成，如儿童看到成人或电视中的攻击行为，自己就会变得富有攻击性；疑病症的儿童多来自特别关注疾病的家庭。即模仿能够有助于人们学会很多重要的技能，但也可能会在习得变态行为方面起作用。

模仿学习疗法就是利用人类通过模仿学习获得新的行为反应倾向，帮助某些具有不良行为的人以适当的反应取代其不适当的反应，或帮助某些缺乏某种行为的人学习这种行为。一般而言，模仿

学习的行为治疗方法包括以下几种：

1. 想象模仿。

想象模仿是指借想象来仿效示范者的行为方式，即让当事人想象其他人（等于楷模）在从事有关活动的情境，而借此来改变当事人的行为。通常这些楷模的行为也正是当事人所要养成的目标行为。例如，想治疗一位在社交场合极端退缩的患者，须帮助他去想象一位楷模正在从事各种社交活动的情境。起初也只能想到楷模正在问候别人；而后，随着治疗的进展，当事人就要想象楷模在从事更复杂的社交活动，诸如楷模与许多人讲话，楷模在大会场所与许多宾客寒暄，或是楷模在大会上发表演说等。这些想象情境的安排必须事先与当事人商量，并考虑是否可以帮助当事人发展适当的社交行为。

在想象模仿中，楷模的特征（如年龄、性别、身份等）要尽可能与当事人相一致。有时可以选用多个楷模。供做想象的各种情境要精心设计，治疗者通过口述情境来激发当事人的想象。若为了统一叙述内容，也可以利用录音带播放。当事人要尽量想象咨询员提供的想象资料，若所想象的情景已相当清楚，当事人每次补习保持这种情景至少 30 秒，然后一再重复相同的情景，或改变新的情景。

2. 参与想象。

参与想象是让当事人一面观摩示范者的所作所为，同时在治疗者的引导下，实际逐步地参与演练有关的活动。参与模仿训练包含示范者表现适当行为，当事人模仿，再由治疗者逐步改正当事人的模仿行为。

例如，班杜拉等人曾用参与模仿的方法治疗一些有恐蛇症的人。做法是请一位示范者玩弄一条蛇，让当事人一旁观看，同时还要在治疗者的指导下，逐步采取行为去接触自己所恐惧的对象(蛇)。先是带着手套去抚摸蛇，进一步再用空手去摸蛇。如果当事人不敢摸蛇，就要让他先把手放在示范者手上，然后一起去摸蛇身，再摸头部及尾部。若当事人表演这些动作而不再那么紧张之后，就让蛇在房中随意爬行。此种渐进的治疗速度，需视当事人的

紧张状态而定。

参与模仿的效果比想象模仿或系统脱敏要好，因为当事人必须进行实际的行为操作。不过，在进行参与模仿治疗时，必须有治疗者在场给予鼓励，而且进行的速度一定要根据当事人的具体情绪状态来调整。

3. 角色扮演。

角色扮演是指扮演与来访者问题有关的特定人物，将其可能出现的行为表现出来。角色扮演可以说是对现实生活的一种重复，又是一种预演。在角色扮演过程中，来访者可学习改变自己旧有的行为或学习新的行为，并进而改变自己对某一问题的看法。

例如，一位女中学生来咨询，她希望以比较成人化的方式与其母亲交流，这时使用角色扮演技术是最恰当不过的。首先，咨询员可以鼓励来访者尝试几种不同的交谈方式，同时咨询员根据来访者的情况介绍，扮演她的母亲。这样，可以帮助这位女学生在一种比较安全的、较少焦虑的情境中试验不同的做法。通过这样的角色扮演训练，来访者就能够比较准确地预期她母亲的各种反应，进而恰当地选择与其交流的方式。

在角色扮演中，咨询员应鼓励来访者全身心地投入到他（她）所扮演的角色中去，考虑可能出现的各种情绪、姿态、言语、语气以及身体位置和实际场所等。同时也要考虑来访者希望尝试的其他内容。角色扮演越真实，提供给来访者的学习机会就越大，改变行为的可能性就越大。

（四）认知行为模式

认知心理学家不满意以过于简化的 S－R 刺激—反应来解释人类的行为，他们认为信念和期望是刺激和反应之间的中介影响，即个体对刺激的认知因素才是影响其情绪和行为的重要变量。

根据认知心理学家麦斯柯（Walter Mischel）的观念，影响个体对于刺激的反应有五个变项：①能力。个体经由过去的学习获得的许多技巧，包括技术技巧和社交技巧，都将影响个体在某特定情境的反应。②登录。所有人类均以特有或独特的方式，知觉和分类其

经验。他们所创造的类别使他们将新经验归至某类别，而个体的反应会显示个体将情境归至哪个类别。③期望：过去的经验教导人们从特定的行为类别中期望（希望或害怕）获得哪些结果，这种期望明显地影响个体的反应。④价值观。什么是对的，什么是应该做的，什么是有意义的，人们从小就受到价值观的影响，而这些价值观同样影响个体的反应。⑤计划。计划和规划影响着人们决定进入A情境或B情境，毫无疑问，这种计划也影响个体的行为反应。

另外的认知心理学家艾利斯（Ellis）的ABC理论及理性情绪疗法，更是详细阐明了认知因素对人的心理异常的重要作用。ABC理论是艾利斯关于非理性思维导致情绪障碍和神经症的主要理论，其主要观点是情绪或不良行为并非由外部诱发事件本身所引起的，而是由于个体对这些事件的评价和解释造成的。艾利斯常借用古希腊哲学家埃皮克迪特斯的一句名言来阐述自己的观点："人不是被事件本身所困扰，而是被其对事情的看法所困扰。"

在ABC理论中，A代表诱发事件；B代表个体对这一事件的看法、解释及评价即信念；C代表继这一事件后，个体的情绪反应和行为结果。一般情况下，人们都认为是外部诱发事件A直接引起了情绪和行为反应的结果C，但艾利斯不这样看，他认为诱发件事件A只是引起情绪和行为反应的间接原因，而人们对诱发事件所持续的信念、看法、解释，即B才是引起人的情绪和行为反应的更直接的原因。

例如，两个人一起走在路上，迎面碰到一个熟人，但对方没与他们打招呼，径自走过去了。这两个人中的一个对此是这样想的："他可能正在想事情，没注意到我们。就算是看到了我们而没理睬我们，可能是有特殊的原因。"而另一个人却可能有不同的想法："他可能是故意这样做的，就是不想理睬我，就是看不起我。他凭什么这样对我？"这样他们两个人的情绪及行为反应就会不同，前者可能无所谓，该干什么还继续干自己的；而后者则可能怒气冲冲，以致无法平静下来做自己该做的事情。

从这个例子可以看出，对于同一个诱发事件，不同的观念可以

导致不同的结果。如果 B 是合理的、现实的，那么由此产生的 C 也就是适应的；否则不合理的信念就会产生情绪困扰和不适应的行为。ABC 理论认为，个体的认识系统如果产生不合理、不现实的信念，则是导致其情绪障碍和神经症的根本原因。

艾利斯通过临床观察，总结出日常生活中常见的产生情绪困扰、甚至导致神经症的 11 类不合理信念，它们是：

（1）每个人绝对要获得周围环境的人，尤其是每一位生活中重要人物的喜爱和赞许。

（2）个人是否有价值，完全在于他是否是个全能的人，即能在人生中的每个环节和方面都能有所成就。

（3）世界上有些人很邪恶、很可憎，所以应该对他们作严厉的谴责和惩罚。

（4）如果事情非己所愿，那将是一件可怕的事情。

（5）不愉快的事总是由于外在环境的因素引起，不是自己所能控制和支配的，因此人对自身的痛苦和困扰也是无法控制和改变的。

（6）面对现实中的困难和自我承担的责任是件不容易的事情，倒不如逃避它们。

（7）人们要对危险和可怕的事情随时地加以警惕，应该非常关心并不断注意其发生的可能性。

（8）人必须依赖别人，特别是某些与自己相比强而有力的人，只有这样才能生活得好些。

（9）一个人以往的经历和事件常常决定了他目前的行为，而且这种影响是永远难以改变的。

（10）一个人应该关心他人的问题，并为他人的问题而悲伤难过。

（11）对人生中的某个问题，都应有一个惟一正确的答案。如果一个人找不到这个答案，就会痛苦一生。

从以上非理性观念中，可以归纳出相应的非理性思维方式，如：我喜欢如此—我应该如此；很难—没有办法；也许—一定；有

时候—总是；某些—所有的；我表现不好—我不好；好像如此—确实如此；到目前为止如此—必须永远如此等。可见，许多不合理信念都是将"想要"、"希望"等变成"一定要"、"必须"或"应该"的表现。如果把这些不合理信念加以归纳和简化，"绝对化的要求"、"过分概括化"和"糟糕至极"就是非理性观念的三个主要特征。

理性情绪疗法的原理就是要在治疗中，引导来访者认识到自己的不合理信念对情绪和行为的影响，同时学习以合理的信念来取代不合理的信念，以改变认知的方式来消除不良情绪和矫正心理异常。在这个过程中，治疗者充当着导师的角色，通过质疑、辩论等主动积极的方式来促使来访者认知的改变，具体的技术包括辩论的技巧、合理想象技术和认知家庭作业等。

综上所述，行为模式把异常行为描述为学习不当的结果，试图用有限的几个基本概念去解释各种行为的获得、矫正以及消退，这种只关注症状，并把人的行为简化为刺激与反应，却忽视人的价值观和个体的主观能动性，被受到广泛批评。但是，行为模式的客观性和准确性，以及所表现出来的对某些行为的矫正效果，仍然赢得人们的青睐。而认知心理学的补充和认知行为疗法的有机结合，对于解释心理异常的原因及治疗起到了积极的推动作用。

四、心理异常的社会文化模式

研究个体遭受社会和文化环境对于性格和变态行为的影响，是相当新近的发展。这类研究大多受到社会学和人类学的影响，强调社会文化因素在心理异常中的重要作用。社会文化观点中最激进的观点是：人的心理异常，是社会贴的标签。社会依照其规范，将那些有脱离规范的行为的人视为心理异常。个体一旦贴上标签，除了表现社会预设的角色除外，别无选择，因为社会强而有力地酬赏这种行为，比如身为病人，可以得到关爱的照顾。不过，在变态心理的社会文化因素中，社会文化的背景、经济和社会地位和社会生活事件等，被视为重要的影响因素。

1. 社会文化背景的影响。

跨文化的研究显示，不同文化背景的地区，人们对心理异常的看法、鉴定是有差异的，在某些社会中被视为异常的行为，在另一社会中可能被视为正常的，这就是早期的“文化相对论”观点。文化相对论相信，正常和异常没有全球性的标准，它只适合于某一特殊的文化或社会。不过，这一观点目前已不被广泛接受，因为许多严重的心理异常在许多国家都可以见到，也都被视为不正常的。但是，心理异常的种类、表现和病程，确实会受到文化因素的影响，而且某些变态行为似乎和特定的文化有关（表 2-2）。

表 2-2　与文化有关的特殊行为模式

心理异常类别	文　化	表　现
杀人狂 (Amok)	马来亚	先呈现抑郁，后表现吵闹、狂暴、冲动、毁物与杀人行为。
缩阳恐怖 (Koro)	东南亚	恐惧阴茎缩入腹内而致死，以及严重的持续焦虑状态。
拉塔症 (Latah)	东南亚	高度受暗示性，思维和行为紊乱；极度地自动服从与秽语症状。
皮普鲁克图症 (Piblokto)	爱斯基摩	阵发性发作，表现吵闹、哭泣、裸体雪地奔跑以及自杀与杀人倾向。
急性惊恐症 (Susto)	拉丁美洲	焦虑及惊恐反应，由于恐惧“毒眼”、“妖魔巫术”或“妖魔附体”引起。
温第高精神病 (Windigo)	加拿大印第安	恐惧被食人巨神温第高所附体或所吞食的精神障碍。
神经性厌食症 (Anorexia nervosa)	西方国家	常见于年轻女性，为保持苗条而拒绝进食。这种情况严重时会致死。
狐狸附体 (Kitsunetsuki)	日本	病人相信自己被狐狸附体，并批示他们做出类似狐狸的表情。这种病人及其家属往往被社区所诅咒，并被赶出社区。见于日本的边远地区中比较迷信和受教育较少的人。

2、经济和社会地位。

在现代社会中，社会阶层和分工不同的群体，其心理异常的性质、发生率也有所不同。有关研究表明，精神病院中的很多精神分裂症病人都来自大城市中社会经济地位比较低的阶层。大城市的精神病为乡村地区的二倍之多，经济地位越低下，出现心理异常的频率也越高。

导致这一差异的原因，主要与人所面临的社会经济压力有关。城市中的人，环境拥挤，竞争激烈，人际淡薄，易导致心理障碍的发生；而社会经济地位低的人，往往经历更多、而且经常是更严重的紧张情境，他们也常无力应付它们。有关研究表明，社会阶层较低的青少年在他们所处的环境中不能发展应有的应付困难的能力，这种缺陷使得他们在日益复杂的社会生活中更容易遇到各种问题。

3、社会生活事件。

社会生活事件是指人在日常生活中遭遇到的各种各样的生活事件，如结婚离婚、升学乔迁、亲人患病等，这些社会生活的变动，都要求人们进行自我调整，以便重新适应变化的社会生活情境。在这个过程中需要人们作出主观的努力，付出一定的代价。由于每个人的主观条件不同，在一些人身上就可能造成社会文化关系的不同程度的失调，由此可能产生情绪的紧张，并给人的身心健康带来影响，甚至造成各种躯体的和精神的疾患。

美国华盛顿大学教授霍尔姆等人曾对5 000余人进行了关于生活事件对疾病的影响的调查研究。按其影响的大小把生活事件按次序进行排列，编制了一张包括43项生活事件的目录表，称为“社会再适应评定量表”，见表2－3。这些生活事件所反映的是美国社会结构中和社会生活方式中起作用的事情。他们认为任何类型的社会生活变动，都能造成人们对疾病呈易感状态；一些人经历了大量生活变动以后，则具有较高的发病率。亲近的家庭成员，尤其是配偶的死亡，在所有生活事件中占着最重要的位置，需要最大的再适应的努力，定为100LCU，其他如离婚、夫妇分居、坐牢、被解雇、大量借贷等，也占有相当重要的位置。

表 2－3　社会再适应评定量表

顺序	生活事件	LCU	顺序	生活事件	LCU
1	配偶死亡	100	23	子女离家	29
2	离婚	73	24	司法纠纷	29
3	夫妻分居	65	25	突出的成就	28
4	坐牢	63	26	妻子开始或停止工作	26
5	亲近家人死亡	63	27	升学或辍学	26
6	受伤或疾病	53	28	生活条件变化	25
7	结婚	50	29	生活习惯改变	24
8	解雇	47	30	与上级有矛盾	23
9	复婚	45	31	工作时间或条件改变	20
10	退休	45	32	搬家	20
11	家人患病	41	33	更换学校	20
12	怀孕	40	34	娱乐改变	19
13	性生活问题	39	35	宗教活动改变	19
14	家庭增加新成员	39	36	社会活动改变	18
15	调换新工作	39	37	小量借贷	17
16	经济状况改变	38	38	睡眠习惯改变	16
17	好友亡故	37	39	家庭成员变化	15
18	职业性质改变	36	40	饮食习惯改变	15
19	夫妻不和睦	35	41	假期	13
20	大量借贷	31	42	圣诞节	12
21	抵押或借贷到期	30	43	轻度违法	11
22	职别的变化	29			

研究发现，人们遭受的生活变动越多，则得病的可能性也越大。例如，一个人在年内遭遇生活事件打分累计超过200LCU，就

有50%生病的机会；超过300LCU，生病的机会几乎要达到100%；相反，如果低于30LCU，就说生活安定平稳，那么，保持身心健康的机会就能大大高于平均水平。尽管在不同个体之间，生活事件的心理学意义是非常不同的；但是，在同一个体的身上其生活方式的明显改变具有重要的意义，这一点则是共同的。

当然，人的社会文化关系的失调，从客观进入到主观，导致整个心理的异常，这是一个十分复杂的过程。但失调的现象是否出现，则取决于两方面的条件：一是客观现实中社会文化关系变化的激烈程度，一是主体的主观内部状态，即对变化的敏感性或适应水平。所谓主观内部状态，包括生理学的，如神经类型、遗传素质和气质特点等；心理学的，如认识能力、思维方法、情绪倾向、动机系统、性格特点、理想信念等。可见，社会文化因素作为外部因素，必须通过内因才能起作用。

五、心理异常的生物—心理—社会模式

随着科学技术（包括自然科学和社会科学）的迅速发展，人类对自己身体健康与疾病的本质的认识，包括对精神疾患的认识正在不断地深入，已经逐渐地认识到人体疾病，尤其是精神疾患绝不会由单一的因素造成，必须从多维的角度来考虑心理异常的原因及其治疗方法的问题。当然，与人的身心健康有关的因素，概括起来只不过是三个方面，即生物学因素、心理学因素和社会—文化因素。因为，人本来就是生物—心理—社会因素密切相关的整体，其中每一方面的因素在人的身心健康与疾病中都必然要起作用，这是完全合乎逻辑的。但是这三方面因素的联系是错综复杂的，它们之间怎样相互制约、相互联系、相互影响，还是一个待研究的问题。不过可以认为，任何心理异常现象的产生，都可能是这三个方面的因素共同作用的结果。从这个角度来解释心理与行为异常的观点，称为综合分析观点或生物—心理—社会模式。

在生物—心理—社会模式中，生物因素、心理因素和社会—文

化因素各有各的独特内容，同时又具有相互联系、相互包含和相互制约的不可分割的关系。生物学因素是最基本的因素，是整个模式图的核心部分，是心理学因素赖以产生的物质基础，也是心理和社会—文化因素所作用的物质承受者。心理学因素是在生物学因素的基础上产生出来的，而它一旦产生就时时刻刻给予生物学因素以深刻的影响和制约。社会文化因素则是在生物学和心理学因素的共同基础上产生的，它反过来又直接影响和制约着心理学因素，是心理学因素赖以形成和出现的根源所在；对生物学因素的影响和制约是间接的，一般来说是通过心理学因素的折射作用才能实现。

这个模式还告诉我们，在人的心理与行为活动的发生、发展和变化过程中，三个维度的因素是错综复杂地交织在一起而起作用的（见图 2-1）。这三个维度是：第一，生物学因素，是指遗传及与此有关的体质、体型、神经类型、生理生化和免疫系统的特征等。第二，心理学因素，即指当时的主观心理状态，在个体发展过程中个体与环境相互作用的经验积累，包括早期的和后来的生活经验以

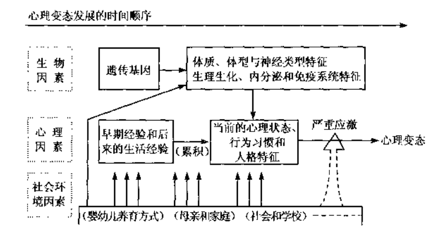


图 2-1　生物—心理—社会模式三个维度及其与心理变态之间的关系示意图

及人格发展的情况等。第三，社会文化因素，包括家庭、学校和社会的影响，以及由于这一因素所导致的严重应激。在严重应激情境中，对于个体来说，这是一种巨大的心理压力。当这种压力使其无法作出有效的适应性反应的时候，就会导致心理与行为的变态。但是，一个人处在一次严重应激的情境中，是否会发生变态心理，除了社会文化因素的影响以外，主要取决于一个人在遭受挫折时的心理状态及其所具有的行为习惯方式和人格特征等因素。

总之，生物—心理—社会模式表明，在解释各种各样的变态心理现象时，不应片面地只从某一个侧面来加以说明，而应该运用综合分析的观点，同时从社会的、心理的和生物的各个方面来探索心理变态发生的根源，这样才能避免简单化和片面性的偏向。

第三章　变态行为的评价

对变态行为进行评价，是变态心理学的重要任务之一。心理学家在对心理异常进行评价时，必须考虑心理异常的本质和影响因素，同时还需要考虑评价所使用的方法及维度。因此，在本章内容中，我们首先就心理障碍的本质和评价特征进行探讨，然后介绍当前心理障碍的主要诊断和分类系统。另外，对心理评价的主要方法及有关的统计学要求也进行阐述，全面提供心理障碍的考察、评估、交谈、测验等基本方法。

一、心理障碍的本质和评价

心理障碍常常被比作身体疾病，因为它们可以被患得，可以被诊断，而且可以被治疗。因此，这种所谓的疾病模型支配着早期的变态行为的概念。之所以存在这样一种情况，主要是因为心理异常的许多概念都是在精神病的医院领域内产生的。通常，处理心理异常的疾病模型主要有以下特征：①存在着有机起源、病因学、发展过程和结果的疾病统一体。②即使它们被认为是心理疾病，它们也被看成是类似于身体失调，即是外表症状中所表现出的一种潜在状态。这种疾病的存在是从症状推知的，改变这些症状并不会治愈这种疾病。③患上这些疾病，不是由于人们犯了什么错误所导致。④治疗依靠专业人员的参与，特别是受过医疗训练的人员的参与。⑤尽管在个人身上这些疾病可能具有文化上的独特表现形式，但是疾病的基本过程却是普通的而不具有文化的特性。

这种疾病模型在精神障碍的早期很流行，但是它却受到心理学家和精神病学家同样的抨击。大体上，批评者认为使用一种疾病分析并不一定能提高我们对心理异常者的认识，而且甚至可能会错误

地认识他们的状况。更具体地说，一些心理学家注意到，不适当地依赖这种观点可能会导致两种严重的后果：第一，它不适当地强调分类本身，而相应地忽视了具有严重心理问题的人们所具有的个人积极性和处事能力。第二，它倾向于培养这样一种信念，即几乎所有的变态行为形式都可以追溯到一种单独的、一旦发现就会产生一种专门治疗的潜在原因。

实际上对心理障碍潜在原因的探索表明，很少有心理障碍是由仅有的一个因素造成的。通常各种事件和条件似乎都有助于变态行为的出现。由于缺乏心理障碍特征之间一对一的一致及其潜在的原因，这就会依次使任何一种特殊的变态行为方式都不太可能产生简单的解释。无疑，这种情况也同纯粹的医疗环境大不相同。因为在纯粹的医疗环境中，了解一种疾病的病原学不仅有助于医生治疗这种疾病而且有助于消除原先产生这种疾病的条件。所以，对心理障碍的原因的认识和探索，已经逐渐减少了对病原学因素的强调。相反，更换这种强调，对于准确地描述具有心理障碍特征的行为方式，包括对于详细地分析心理障碍对人们日常有效活动能力的影响，都越来越重要。

当然，我们在讨论变态行为时，有时还是很难避免使用疾病的比喻，因为某些情况下，例如情感障碍和精神分裂症，是很适合疾病模型来表达和归类的。然而，焦虑和恐怖障碍以及许多发展障碍却并非如此，尤其是焦虑障碍，它向疾病模型提出一个真实的挑战，因为焦虑障碍的原因可以起源于许许多多的方面。因此，在讨论心理障碍过程中，我们将只是在我们认为疾病模型合适的时候才引用它。此外，我们之所以在描述评价心理障碍的过程时，使用"评价"而不是使用"诊断"这两个字，并不是偶然的，因为评价指一个临床工作者根据病人的资料进行评估的过程。在此所强调的是灵活性，根据资料来评估和决策这一理念，反映了这样一个事实，即临床工作者必须考虑什么是最适宜于病人的选择机会。就治疗而言，这种选择性同样具有重要的意义，因为它使得我们对心理异常的治疗必须采用多重模型的方式。

在评价变态行为方式时，心理学家使用了多种方法来收集广泛的资料，这些方法包括交谈、有组织的心理测验、用调查表进行调查以及直接的行为观察等。对变态行为方式的这些情报所进行的共同分析，有助于临床工作者能够准确地刻画出患者情况的性质和严重程度。一般而言，完善的心理评价大体上包括流程图上（图3-1）所示的几个方面。

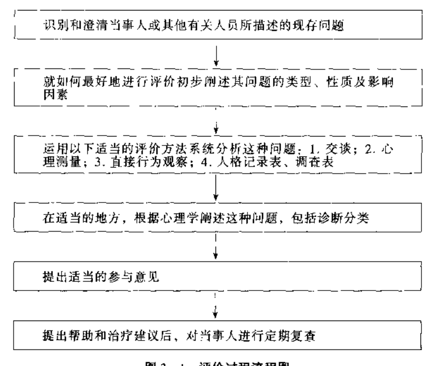


图3-1　评价过程流程图

从图3-1可见，心理评价不仅仅局限于诊断。心理学家乔治·凯利通过列举诊断者在进行评价时，通常提出的6个问题，刻画了心理评价的特征：

（1）究竟什么是这个患者所特有的东西？他在什么时间把它表示出来？他在什么地方患上它的？

（2）这个患者如何看待所有这一切？他认为自己正在努力干什么？

(3) 有关这个患者的人格构成因素（如处事技能、行为方式等）的心理学观点是什么?

(4) 在这个个案中，除了患者之外，还有什么事情需要处理?

(5) 这个患者下一步该怎么办?

(6) 这个患者怎样才会痊愈?

美国精神病学会的《精神障碍诊断和统计手册》（第 3 版，DSM－Ⅲ）更是充分考虑了患者各方面的情况，包括临床表现、发展过程、人格特征、人际适应、身心关系等，制定了用于反映患者全面情况的具体诊断标准，向澄清心理障碍的本质和特征迈进了引人注目的一步，我们下面给予详细介绍。

二、DSM－Ⅲ评估分类系统

DSM－Ⅲ是一个多轴向的评估分类系统，即它要求人们在评价人的异常行为时，都要从不同的轴向去加以评估。DSM－Ⅲ的五个轴向分别是：

轴Ⅰ　临床综合症

轴Ⅱ　发育障碍和人格障碍

轴Ⅲ　躯体疾病和情况

轴Ⅳ　心理社会紧张因素的严重程度

轴Ⅴ　功能的整体评价

轴Ⅰ和轴Ⅱ这两个轴向包括了所有类型的心理障碍。美国精神学会的精神障碍和统计手册将人类的心理异常分为 17 大类（见表 3－1）。轴Ⅰ和轴Ⅱ的区别，主要与心理障碍的普遍性有关：轴Ⅰ的心理障碍倾向于指向患者近期开始的很明显的症状，如焦虑、紧张、头痛、失眠等，在许多案例中，这些综合症状对于患者的折磨是非常明显的，所以他常常在出现明显的症状后，就急忙去寻求治疗；轴Ⅱ的心理障碍反映的是广泛影响患者行为的、更加长期存在的普遍状况，即发展过程中的障碍。然而，通常的情况是，患有这些障碍的人大多可能意识不到他们的问题，因为他们习惯于这种情

表 3－1　DSM－Ⅲ中 17 种主要诊断分类

常见于婴幼儿和青少年的疾病——智力落后（轴Ⅱ）和学习困难，运动障碍，交流障碍，弥散性发育障碍，注意力缺陷及多动症，早期儿童进食困难，痉挛等（轴Ⅰ）
各种类型的精神错乱，痴呆，健忘症及其他认知障碍（轴Ⅰ）
在医学上无法分类原因造成的精神失常——紧张症和人格改变（轴Ⅰ）
与药物相关的失常——酒精中毒、苯丙胺药物中毒、咖啡因中毒、可卡因中毒、幻觉、毒品吸食、鸦片吸食、镇静剂安眠药成瘾、多种药物滥用等（轴Ⅰ）
精神分类和其他精神异常——分裂症（妄想、定向力丧失、紧张僵直、冷淡等），情感型分裂等（轴Ⅰ）
情感异常抑郁、躁狂症（轴Ⅰ）
焦虑失常——没有广场恐怖症的发作，有广场恐怖症的发作，没有发作史的广场恐怖症，特殊物体恐怖症，社交恐怖症，强迫症，创伤后应激失常，急性应激失常，广泛性焦虑等（轴Ⅰ）
躯体症状——躯体化症状，弥散性躯体失常，躯体症状为主失常等（轴Ⅰ）
人为分类症状——心理症状为主失常，躯体症状为主失常等（轴Ⅰ）
分离失常——健忘症，神游，身份失常及非人化等（轴Ⅰ）
性异常和性别角色异常——性功能失常，性别身份倒错等（轴Ⅰ）
饮食异常——厌食症，食欲过盛等（轴Ⅰ）
睡眠异常——睡眠异常为主症状，其他精神异常导致的睡眠异常等（轴Ⅰ）
冲动—控制失常——间歇爆发行为，盗窃癖，放火狂，病态赌徒等（轴Ⅰ）
适应不良——抑郁型，焦虑型，抑郁焦虑混合型，行为情感失衡等（轴Ⅰ）
人格障碍——偏执狂，分裂性人格者，反社会人格，边缘人格，歇斯底里人格，自恋人格，回避人格，依赖人格，强迫人格（轴Ⅰ）
其他——心理因素影响的医学症状，医疗导致的运动障碍等。下述症状均记为编码 5：人际关系问题，由虐待、忽视造成的关系障碍，其他症状如抗拒治疗，诈病，成人反社会行为，儿童反社会行为，老年认知能力下降，丧失亲友，学业问题，宗教问题，文化适应问题，生命转折期问题等（轴Ⅰ）

况。这也就意味着，真正具有长期的顺应不良行为方式的人，反而最可能不去寻求治疗。

在轴Ⅱ上列举的两种心理障碍，第一种是人格障碍，它反映的是普遍的、永久的，而且从根本上是顺应不良的行为方式。第二种包括一些具体的发展障碍，如语言障碍、记忆障碍等，它们是早在童年期就被人们所发现的具有生物学基础的异常表现。因此，人格障碍和具体发展障碍的普遍性就与轴Ⅰ所描述的心理障碍的中心本质形成了对照，这种区别使我们在对成人的丰富的心理症状进行诊断时，能想到患者存在人格障碍的可能性。同时，在用于儿童的诊断时，则强调必须考虑有关认知、社交和运动技能的发育障碍。

轴Ⅲ被用来详细说明与轴Ⅰ和轴Ⅱ所鉴定的心理障碍有关的躯体因素。在有些情况下，躯体的生物学因素实际上就是某一心理障碍的原因，例如，当摄取毒物的生理反应引起幻觉或妄想的时候。另外，在拟订对患者的治疗计划时，考虑有关的生物学因素也可能是很重要的，因为这样就必然会协调心理参与和医疗参与。所以，临床医生可以用轴Ⅲ来认识和处理与病情有潜在联系的当前躯体障碍或情况。

轴Ⅳ提供了心理社会紧张因素的评定量表，用来记录评定过去一年里患者遭遇到的心理社会紧张因素的大体严重程度或具体心理社会因素（见表3－2）。通常，社会紧张刺激或人际关系因素都与心理障碍的突然发作和维持有关，这些紧张刺激要么导致新的精神障碍的发生，要么使原有的精神障碍复发，要么使已经存在的精神障碍恶化。

表3－2 心理社会紧张因素的严重程度

（成人用）

紧张因素举例

编码	术语	急性事件	慢性刺激
1	无	无与障碍有关的急性事件	无与障碍有关的慢性刺激

续表 3-2

编码	术语	急性事件	慢性刺激
2	轻度	失恋，开始上学或毕业，子女离家	家庭或成员不和，不满意现有工作，住处邻里犯罪率高
3	中度	结婚，夫妻分居，失业，退休，流产	夫妻不和，严重经济问题，与上级关系不和，身兼父母双重义务
4	重度	离婚，生第一个孩子	失业，贫困
5	极重	配偶死亡，诊断有严重躯体疾患，被强奸	自己或小孩患有严重慢性疾患，体罚或性骚扰
6	灾难性	小孩死亡，配偶自杀，严重自然灾害	被绑架，集中营生活
0	信息不肯定或病情无变化		

心理社会紧张的严重程度

（儿童或青少年用）

紧张因素举例

编码	术语	急性事件	慢性刺激
1	无	无与障碍有关的急性事件	无与障碍有关的慢性刺激
2	轻度	与好友决裂、转学	住处过于拥挤，家人不和
3	中度	开除学籍，同胞弟（妹）出生	父母一方长期残疾，父母经常不和
4	重度	父母离婚，怀孕，被捕	父母管教过严，你或父母患有慢性危及生命的疾病，被多处寄养
5	极重	性骚扰或体罚，父或母死亡	经常遭受性骚扰或体罚
6	灾难性	父母双亡	患有慢性危及生命的疾病
0	信息不肯定或病情无变化		

轴Ⅳ里主要包括了九类一般性问题，分别与消极生活事件、环境和家庭压力以及缺乏社会支持等相联系。它们是：与主要支持群体有关的问题、与社会环境相关的问题、教育背景问题、职业问题、家庭问题、经济问题、与医疗卫生服务有关的问题、与司法、犯罪有关的问题和其他心理社会环境问题。根据这些问题的评价，临床工作者可以明确外部压力对患者问题的发生或影响程度。

另外，有无明显可辨的紧张因素，也可以作为心理障碍预后的估价。大体上，明显与压力事件有关的情况，要比那些对其没有任何明显可辨的应激物的情况具有更好的预后。一个原因是与压力有关的心理障碍，一旦那种压力减轻，它就有一种消除自身症状的方法；另一个原因则在于，如果干预被证明是必不可少的话，那么当起作用的因素能够被详细说明时，我们总是可以更容易处理一种情况。

轴Ⅴ是功能的整体评价，临床工作者可以用它来表明自己对当事人心理、社会和职业功能的判断（见表3-3）。这一判断包括两个不同时期的评定：目前——评定时的功能水平；过去一年——过去一年中至少几个月内的最高功能水平。对儿童和青少年而言，至少应包括在校期间的一个月的最高功能。通常，目前功能的评定能大致反映当前治疗与照料的需要，过去一年最高功能水平的评定则有预后意义，因为一般在一次病后，个体将恢复至他原有的功能水平。显然，在心理障碍发作的前一年进行适当的调整，顺应较好的患者，比已经出现问题再进行适当的顺应或顺应不好的患者预后更好。

总的来看，DSM-Ⅲ的五个轴向，提供了一个评价时对患者情况的全面看法，这是很重要的。另外，它还具有这样两个特点：

第一，运用了一个在很大程度上不依靠任何特殊理论倾向来探讨心理障碍的描述方法。由于我们明显地缺乏对心理障碍的病原学或起源的资料，因此我们应该重点综合地描绘与心理障碍有关的行为。其目的不是怀疑理论阐述的解释能力，而是鼓励临床工作者把对心理障碍的解释建立在最适合所得信息的理论或阐述上。

表 3-3　功能大体评定（GAF 量表）

假定精神疾病与健康属于连续过程，请评定当事人心理、社会、职业功能。请不要包括躯体问题（或环境所限）所致的功能损害。

[90]　没有症状或症状极微（如临考前轻度焦虑），各方面功能均佳，对很多活动均有兴趣并能参加，社交能力强，对生活普遍满意，仅有一些日常小问题（如偶与家人争吵）。

[81、80]　如有症状，大多为时短暂且属于对心理社会刺激的必然反应（如与家人争吵后出现注意力不集中）；社会、职业或学习功能仅有轻微损害（如一时学业落后）。

[71、70]　存在轻度症状（抑郁心境或轻度失眠）或是社交、职业或学习功能的某一方面有些困难（如偶有逃学或在家行窃），但是一般功能良好，保持着某些有意义的人际关系。

[61、60]　中度症状（如情感平淡、话语冗长、偶有惊恐发作）或是社交、职业或学习功能中度损害（如几乎没有朋友、与同事冲突）。

[51、50]　严重症状（如自杀意念、严重的强迫性仪式动作、频繁行窃）或是社交、职业学习功能严重损害（如无朋友，不能工作）。

[41、40]　现实检验或语言交流有某些损害（如常常言语缺乏逻辑性，概念模糊或前言不搭后语），或是工作、学习、家庭关系、判断、思维或心境的几方面严重损害（如抑郁者回避朋友，对家庭冷淡且不能工作，儿童常常欺侮较幼者，在家胆大妄为并逃学）。

[31、30]　行为明显受妄想或幻觉的影响或是言语表达和判断的严重损害（如有时思维破裂，行为明显不恰当，自杀的强迫观念），或是几乎所有方面的功能均丧失（如整日卧床，无工作、家庭或朋友）。

[21、20]　有伤害自己或他人的危险（如有不一定致死的自杀未遂行为、频繁暴力、躁狂性兴奋），或是有时不能维持起码的个人卫生（如便床、便裤），或是言语交谈明显受损（如大多是思维破裂或缄默）。

[11、10]　持续存在严重自伤或伤人的危险（如经常暴力），或是长期不能维持起码的个人卫生或是有一旦成功定必致死的严重自杀行为。

注：分数越高，说明个体整体功能越好；反之亦然。

第二，DSM-Ⅲ通过运用更灵活的诊断标准，承认了心理障碍的模糊界限。它根据不同的标准描述了各种不同的障碍，但是并非

所有的障碍在每个患者身上必然是同样明显的。这种方法使人们更容易在诊断一些其表现形式包括一个或两个主要特征的情况时，考虑另一些可能不总是出现的情况。这里又一次清楚地表明了多种模型治疗策略的意义。

下面是一个根据 DSM－Ⅲ分类系统进行诊断评价的例子，我们可以据此来具体了解 DSM－Ⅲ的应用情况。个案的当事人是一个45岁的律师，他在一次车祸中头部受了轻微的创伤，六个月之后医生对他进行了心理评价。尽管他开始只带着不严重的小病出院了，但是在他出院后的几个月中，他都一直不能成功地重新工作。在这段时间中，他经常抱怨头痛和眩晕，他还产生了有关同事的问题，他指责同事密谋使他不能继续赶上自己的工作。作为一个审判律师，他因在评述案情过程中没有保持一致的观点而陷入困境。他长时间的工作，通常夜晚和周末都是在办公室里度过的。他还常常要求自己的秘书加班工作，却没有任何额外的补偿。为了测定由车祸留下的后遗症的性质和程度，为了识别那些妨碍后来重新顺应的因素，为了帮助这个患者能够重新从事有收益的工作，医生对他进行了心理评价。

从所得信息中出现了两个因素。第一，与他车祸以前能力的估计相比，这位先生表现了智力和记忆技能的缺陷。人们都认为这些缺陷非常严重地妨碍了他作为一个律师的工作。他语言受损伤的迹象也与这些缺陷有关，他的言语偶尔也含糊不清，而且他常常记不起特定的法律术语，尤其是当他疲劳时这种情况非常明显。第二，这位先生表现了长期存在的具有追求完美和刻板僵化的人格特性的迹象。这两个因素使得遭遇车祸的后果让他十分难以接受，因为他被不断大量的新案和悬案所需要的工作量给压垮了。头部创伤对智力的影响，减少了他掌握自己工作复杂细节和组织自己结论的能力；但对于自己能力被减弱的情况，他不能调节和灵活顺应，而是坚持不能放宽自己的追求完美的标准。于是，那次车祸好像加强了他的强迫性行为方式，所以他的预后就被认为不太乐观。根据 DSM－Ⅲ的诊断标准，这位患者的诊断评价应该是：

轴Ⅰ：智力变退，包括

A 非常严重妨碍社会功能和职业功能的智力丧失

B 记忆损伤

C 受损伤的语言表现

轴Ⅱ：强迫性人格障碍，包括

A 妨碍自我调节能力的至善至美的标准

B 僵化地坚持别人顺从某人的做事方式

C 过度地献身于工作而几乎完全排除了人际关系

D 情绪压抑，过分严肃和拘谨

轴Ⅲ：从属于车祸的头创伤

轴Ⅳ：心理应激物严重程度是4（中等的），包括

A 极度害怕失业

B 为了帮助保持高生活标准从结婚到过早地回去工作的压力

轴Ⅴ：顺应活动的最高程度为中等

当然，DSM－Ⅲ也有其局限性，最常见的批评是在没有进行彻底而完善的评价前，就对求助者作出诊断；而且，它还为求助者贴上一些毫无意义的标签，比如“器质性”、“歇斯底里”或“行为失常”。这些标签，没有很好的定义，而且也不能说明求助者做了什么，或是没做什么。另外，没有考虑求助者的文化差异，也是被批评的地方。为此，美国精神病学会颁布了第4版和第5版《精神障碍诊断和统计手册》。新的版本对DSM－Ⅲ的部分内容进行了修订，比如抛弃了“器质性”一词，相应地使用了“躯体情况”，它包括躯体的疾病和非躯体疾病（如分娩）情况。而且DSM－Ⅳ还增加了一个附录，包括了12种文化症状群的词汇表及一个用于多轴分类系统的“文化公式”。文化公式中有如下内容：①求助者的文化身份和归属；②对求助者“疾病”的文化阐释；③与心理社会环境和机能水平相关的文化因素；④治疗关系中的文化因素；⑤可能影响求助者诊断和治疗的整体文化评估。

三、心理评价的方法

（一）临床访谈

访谈是指为了某个特定的目的，在两个或更多人之间进行的短期见面和交谈。临床访谈常见的用途包括：无论在最初需要心理服务时还是在后来进行正式诊断的情况下，澄清一个患者问题的性质和严重程度；通过彻底探讨个人的背景和历史，来获得对影响患者问题的因素的深刻认识；提供在人际环境中系统观察一个人行为的机会，以及用来作为治疗许多类型的精神障碍的基础工具。

无论一次访谈的目的是什么，访谈员的行为对结果具有重要的影响。有效的访谈不只是简单地提出问题。训练有素的访谈员对会谈的涨落都很敏感，而且能够准确判断什么时候应该提问，什么时候应该更深入地探究，以及什么时候应该保持沉默。他们在访谈的开始善于使被访问的患者很自在和有安全感，这样就鼓励了患者公开地讲述自己的问题而不害怕任何指责。重要的是一个访谈员要具有感情神入的品质，也即具有从患者的观点看待事物的能力，还要有卡尔·罗杰斯称之为对患者的“无条件的积极关心”。在这样的情况下，多数人都感到很自由地分享着他们的内心的思想，因为他们知道访问者是真实地想了解他们的感受。

一个好的访谈员还必须能够有效地利用座谈会来观察被访者的行为和情绪表现，即访谈员应该成为一个“参与观察者”。一个参与观察者能够同时回答患者的陈述和患者的行为进行系统的观察。不管一个人的理论倾向怎样，有效的访谈都需要技巧和经验。

有效的访谈还需要对别人非常敏感和直率。一个访谈员应该能够鼓励患者公正地谈论自己可能具有的障碍。有经验的访谈员首先要承认患者的话能够引起各种反应，而这些反应多数都必须受到控制。一个访谈员可能会经历作为对患者的话所产生的反应的种种同情、气愤，也许甚至是憎恨的感情，但是他或她却不能忽视这样一个事实，即访谈的目的在于从患者的观点来准确地认识事物。当

然，有效的访谈不只是需要直率和善于接受。为了决定进行访谈的最好方法，对于访谈员来说，具有某种对患者背景的认识也是同等重要的。

访谈材料怎样才算是可靠和有效的呢？关于这一点确实难以把握，因为无论是评价问题的性质，还是访谈员的经验，都影响着所获信息的质量。有许多迹象表明访谈者和患者都相互影响着对方的言语行为，这样，患者和咨询者的联合行为也就必然严重地影响信息的可靠性和有效性。比如，心理学家克拉斯纳曾讨论了访谈者的微笑、姿势以及言谈是怎样微妙地强化特定类型的患者的言语和行为的。例如，咨询员充满情感的讲话，如果使得患者的应答反应比较热烈，这个情况可能就表明患者对社会强化很敏感；如果患者缺乏社会化敏感性，那么这种强化形式的影响就可能会系统地歪曲患者对问题的问答。所以，很少有诊断者在进行评价时仅仅只依据访谈材料。然而，当一个熟练的访谈者所获得的资料同其他方法获得的结果相结合起来时，他的访谈常常对于拼合一个患者问题的细节具有很大的帮助。

（二）心理测验

心理测验一直是心理学工作者对当事人进行诊断和评价的工具。早在19世纪80年代，弗朗西斯·高尔顿爵士就建立了一个最早的心理实验室，在这个实验室里，他测量并量化了许多形式的人类行为。由于高尔顿相信诸如智力这样的心理特性可以根据离散的物理测量法来测定，所以他收集很多有关反应次数和感觉敏锐的材料和其他的工作方法。他努力的主要结果就是证实了这样一个当今著名的事实，即对于多数特性来说个人的反应行为都有系统地有所差异。后来，个体差异这个术语就成了心理学的标志。

高尔顿工作的影响是双倍的：第一，它有助于为研究人类行为建立一个经验框架；第二，它提出这样一种观点，即心理特性可以通过使用具体的测验来加以评价。不久以后，这个领域中的另一些研究者也开始设计一些评价行为的许多方面的测验。例如，艾尔弗雷德·比奈为了评价巴黎学校儿童的学习潜力就设计了第一个心理

能力的系统测验。在它的现有形式中，斯坦福—比奈量表广泛地运用于智力能力的评价中。20世纪早期产生了许多类型的测验，包括下面将要讨论的两种：对智力技能和心理技能很有组织的测验和所谓的投射测验，它们不久就在人格特性的评价中得到了广泛的承认。

与一般人的观念相反，心理测验的分数自身并没有揭示什么有关人的东西。之所以心理学家都不愿意为了测定智商的单一目的而去进行一次智力测验，就是因为仅仅是智商分数可能没有任何特殊的重要性。心理学家可能把这样的测验当做一个对具体问题更全面的评价的组成部分来使用，例如，为了帮助决定一个人的智力技能是否适合某一特定的工作，可能会使用这样一种测验，但同时也很清楚，这些测验的结果提供的只是对这样一些问题的部分回答，而不是完全的回答。另外，对于心理学工作者来说，分析当事人对特定测验的反应方式也同等重要。心理学家格雷厄姆概括了在分析心理测验材料中临床心理学家所运用的一个总策略：

①了解受试人的测验态度是什么？在解释这个测验结果时我们应该怎样考察这种态度？

②咨询员对受试者进行调整的总标准是什么？

③根据受试者在测量中的表现，我们能够推断（或预测）出这个人具有哪种行为（态度、防御方式等）？

④在评价期间以及在日常生活中，是什么心理因素构成了受试者行为的基础？

⑤根据所获信息，最适合该受试者的诊断名称是什么？

⑥根据这个评价，对受试者进行治疗的意义是什么？

这些问题强调了这样一个要点，即存在有比计算测验分数更多的心理评价方法，但当一个训练有素的临床工作者使用心理测验时，心理测验就可以给评价过程增加大量的描述性和经验性的信息。下面我们介绍常用的几种心理测验方法。

1. 智力测验。

传统上，智力测验一直都有被包括在心理评价之中。斯坦福—

比奈智力测验量表以及由戴维·韦克斯勒修改的韦氏智力测验量表都是目前临床实践中最广泛使用的测量心理能力的方法。它们主要应用于评定人的一般智力，即评价那些人们在适应社会、人际关系和工作学习环境中必不可少的基本技巧和能力。

通常从智力测验中得出的智商分数是一种根据受试者各方面表现所组成的综合分数。例如，韦克斯勒的测验量表就是由评价两个叫做“言语因素”和“行为因素”的广阔领域的分测验组成的。言语分测验试图测量词汇技能、抽象思维、对常识的认识等等；行为分测验集中于运动速度、视觉组织技能和视知觉能力的测评。由于各分量表所评价出来的能力水平，都在很大程度上与学习成绩相互联系，因此智商分数及相应分量表的分数，就成为学校领域中预测学生学习成绩的一个重要依据。

临床工作者也可以通过使用智能测验来不定期地获得不同类型的信息。首先，他们可以把患者的智力成就水平同一个类似年龄组的智力成就水平进行比较，结果至少大体上表明了那个人在日常生活，特别是在学习环境中可能被期望活动的情况。此外，临床工作者常常需要解释受试者对测验的态度，以及受试者在测验中表现出来的行为特征和与检查者的关系等，对这样一些因素的分析常常有助于决定为什么一个孩子不能按照被期望的标准行动或为什么一个雇员不能同其他同事相处。

对智力测验中个别项目的反应还为临床工作者提供了另一个信息源。例如，严重的心理异常——精神病——一直都是与混乱的思维相联系的，因此混乱的思维成为诊断精神病的一个基本标准。通常，在评价词汇技能或抽象思维能力的测验反应中，精神病会表现出混乱思维的迹象。诸如，对“一个桔子和一个梨是怎样相像的”这样一个问题的回答，精神病人可能会说：“二者的形状都像星星。”类似这样的不恰当的回答，可能会促使咨询员怀疑其思维障碍的存在，然后再采用其他的方法来进一步评价。因此，通过评价测验项目回答的质量，临床工作者常常能够对那些可能会促进或抑制智能表现的因素形成假设。

当然，应用智力测试来评定一个人的心理能力时，要注意对结果解释的谨慎性。像韦克斯勒测验和斯坦福—比奈测验这样的智力测验，虽然在过去的数十年岁月中日趋合理，然而，它们仍然因为种种原因受到了很大的抨击。比如，它们在决定学习和职业选择中的普遍运用已经导致一种抗议的反应。没有什么人批评它们方法论的严密性，众所周知，像智力分数这样的智力测量方法表明了很高的测验—再测验信度，这些批评多数都针对智商测验的效度：它们真正可以测量智力吗？这种问题部分产生于把智力看成一种像高度和重量那样的可测数量的倾向。实际上，智力是一种必须由经验方法才能证实的构成物。然而，对于那些部分由于其智商分数“太低”而被排斥在普通学校之外的孩子的父母或对于那些其孩子由于自己智商分数“太高”而不允许进入普通学校的父母，这种理论上的争论没有什么意义。

实际上，智商测验可以很好地预言某种包括学校表现在内的行为。此外，由于智商测验能够提供将被其他方法所证实的评价线索，这就使它们成为测验组——即一个有组织的交谈形式的一个非常宝贵的部分。这种对智力测验的批评有许多都起源于那些未受过训练的工作人员对它们的不适当运用，因为这些人也许太依赖它们驰名的效度了。假定智商测验的运用已经普遍和泛滥了，那么这种结果就可能是不可避免的。

2. 投射测验。

与智力测验相比较，投射测验传统上一直是与人格评价相联系的。它们运用一些意义不明确的刺激，要求受试者给予回答和反应。根据投射理论，人们由于缺乏外部结构所以就会按照他们自己人格的命令组织自己对意义不明确刺激的反应，因此，对测验刺激的种种反应就表明了个人在风格上、构造上以及知觉处理上明显的个体差异。这些反应都依次与个体人格的诸方面，如态度、潜在动机以及内心的冲突等相联系。投射测验中最广泛使用的有：罗夏墨迹测验、主题统觉测验（TAT）和画图测验（DAP）。

（1）罗夏墨迹测验。罗夏墨迹测验是临床实践中最常用的一种

投射方法，它是瑞士心理学家赫尔曼·罗夏于20世纪30年代提出来的，主要适用于人格的评价。

这种测验是由一系列10个对称的墨迹组成的，有些墨迹印有颜色，有的是黑色，有的是白色。测验者要求被试依次查看每一张卡片并且报告这些墨迹使他们想起什么，然后测验者根据一组叫做决定因素的特性或根据帮助受试者组织自己反应的墨迹特征来评价种种反应。虽然，一般的决定因素包括颜色和形状，但是受试者也可能会报告一些诸如动态、结构或深度这样的其他特征。反应是根据所用的决定因素、受试者回答的部分墨迹以及这种回答的论题来加以评价的。除了这些形式的记分标准之外，测试者还要考虑回答的其他一些方面，例如总数、回答这些卡片花费的平均时间以及测验期间的更普遍的行为表现等。

罗夏墨迹测验对于许多心理学家具有很大的情感价值，因为这些墨迹与临床心理学的联系就如同睡椅与精神病学的联系一样密切。然而，大量的研究多半都没有证实罗夏墨迹测验是人格评价中的一种精确的诊断工具，尤其是各种评分系统的信度都已经受到了广泛的批评。大量的特异反应解释系统确实大大地降低了这种测验的信度。然而令人惊奇的是，却没有什么人批评罗夏墨迹测验的效度，这主要是因为许多心理学家都感到一种设计完善的投射测验可以大大地帮助对一个人人格的评价，而且罗夏墨迹测验又具有许多很好的特点。因此，尽管存在着强烈的批评，但是罗夏墨迹测验和类似的测验都可能会以种种修改的形式继续作为人格评价的重要工具。

(2) 主题统觉测验（TAT）。主题统觉测验是一种由一系列图片所组成的投射测验，在这种测验中，受试者被要求就这些图片讲故事。这些图片多数描绘的是处于意义不明确环境下的人，正如罗夏墨迹测验一样，心理学家假定人们是根据自己的人格特性、动机和需要来对这种模棱两可的东西作出反应。

在罗夏墨迹测验中，测验者常常向受试者出示这样的一个墨迹；受试者应该随便地回答，告诉心理学家这些墨迹像什么。根据他们的描述，心理学家就潜驱力、动机以及意识的冲突进行推断。



图 3－2　墨迹摹写

资料来源：莱斯特·E·莱夫顿《心理学》第 2 版，第 511 页，阿林和培根出版社，1982 年。

在临床实践中，心理学家通常应用主题统觉测验来了解受试者对自己、对他人的态度，以及引出受试者在有关社会性环境中可能出现的情绪和行为反应。因为心理学家相信，受试者将会识别在片上所描绘的各种人物，而且通过对自己想象行为的详细说明，把自己在类似环境下的情绪和行为反应描述出来。下面是一个使用主题统觉测验来帮助了解患者情绪的例子。

患者是一个 20 多岁的女大学生，患有躁狂抑郁症。给她看的图片绘出了一个正从很高的窗口向外俯瞰的男子的轮廓。患者在躁狂情况下和在抑郁状况下，对同一图片给予了不同的讲述。

躁狂状态的讲述：他上到了那里，觉得自己是一切的主宰。我猜他在哪儿正和一些工人讲话，刚结束罢工，他们有太多的金钱问题，所以他们放弃了罢工。他喜欢主宰一切，干他想干的一切，干他想干的许多事情，有钱经常出去——他喜欢跳迪斯科。他必须行为快些——有些人嫉妒他，他的权力——但他应该享有它——他经常干什么都很出色——一个真正的优秀运动员。他可以关心工人问题，但必须对他们狠一些——使他们呆在自己的位置上。

抑郁状态的讲述：他正在回想他的童年——他的生活。他认为

他活得太平庸了。他在想许多他伤害过的人。他想要往下跳，但正考虑是否只能摔成重伤而死不了。

患者对图片的讲述，反映了她的疾病症状。那个抑郁的故事讲得很短，而且连贯，指出了患者的内疚迹象，但不是稀奇古怪的；那个躁狂的故事讲得很多，却显得缺乏组织，反映了患者思维的奔逸，夸大的自我观念，以及轻度的妄想主题。

同罗夏墨迹测验一样，对不同诊断者解释的比较研究发现，主题统觉测验缺乏一种公认的评分标准。然而，这种缺乏一致性，并不一定就促使人们放弃这种或其他的投射测验。许多心理学家感到在一个总的投射假设基础上的解释，由于同证实的附加材料相结合，所以就减少了对具体评分标准的需要。因此像多数投射测验一样，主题统觉测验尽管存在有可靠性的问题，但是它看来至少具有某种内容的有效性。对主题统觉测验进行的研究表明，这种测验有助于评价患者在他们发现同卡片上描绘的情况相似的环境中的反应方式。

(3) 画图测验（DAP)。画图测验作为一种评价综合人格特性的灵巧方法广泛地运用于临床实践，其中最流行的就是画人测验。

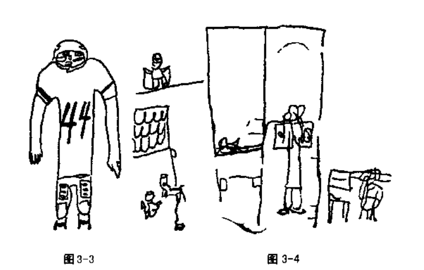


图 3-3　　图 3-4

图 3-3 是"足球队员"。这个 11 岁的孩子着重强调他的运动技巧。然而，这个图所产生的印象暗示了这个孩子潜在的恐惧和焦虑，而他堂堂的身体仪表却掩饰了这种恐惧和焦虑。图 3-4 是"生活家庭"，一个 7 岁的儿童虽然具有知觉障碍，但还是用图示描绘了这样一个家庭环境，在这个家庭环境中，家庭成员相互很分离地从事自己的日常活动。

尽管人们早期都承认画图测验，但后来的研究却没有为这些方法对人格评价的有效性提供什么支持。虽然绘画的综合评价对总的行为方式可能具有某种预言的或经常出现的有效性，但是具体的诊断假设却很难通过画人测验或类似的方法加以证实。然而，在一种完全不同的环境中，画图至少像挑选方法一样可能具有某种诊断的效用。当简单的画图被看成是知觉图解能力的样本时，它就有助于评价脑损伤。心理学家沃林顿发现人形描图的独特方式，是与大脑左（显性）半球和大脑右（非显性）半球的损伤相联系的：具有大脑显性半球操作的患者倾向于绘出虽然很有条理但却很简单的图形，而大脑的非显性半球损伤是与看来很古怪的绘画相联系的。这样的图形之所以通常看来不完整，是因为它们缺乏身体各部位之间适当的空间联系。下面的两个图就是由脑损伤的患者画的。

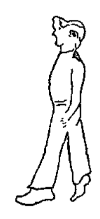


图 3-5　大脑左半球损伤图

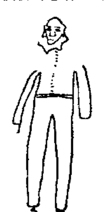


图 3-6　大脑右半球损伤图

图3-5是由一个遭受大脑左半球损伤的患者画的。注意，虽然这个图可以承认是人，但是他却缺乏一些小枝节。图3-6是由一个大脑右半球受损的患者画的，它缺乏连贯性和协调性。虽然它具有一些枝节，例如过多的钮扣，但是这个图却缺乏总体的组织。

大体上，目前的心理评价实践都集中在对实际环境中行为的描述上，因此，人们正逐渐不再使用诸如投射测验这样一些识别潜在人格特性的评价方法。这种从测量推测特性转向探讨更具有描述性的评价方法的趋势，已经得到广泛的发展。

（三）自我报导记录表

自我报导记录表常常用来构成心理特性的外观。这些记录表由许多“是/否”的陈述句所组成，其中每一个问题都与这样或那样的心理特征相联系，即它或它们提供了一种评价某一特性或特征出现程度的方法。通常受试者被要求去选择大体上适用于自己的陈述句，然后，心理学工作者根据被试的回答，按照评定标准，在各种尺度上的分数上绘出一个纵剖图，从这个纵剖图就能得到对受试者的心理特征的诊断和解释。目前临床实践中常用的自我报告记录表包括艾森克人格量表（ESK）、卡特尔16人格因素记录表（16PF）和明尼苏达多相人格记录表（MMPI）等，其中MMPI在精神病的筛选诊断方面具有重要的意义。

明尼苏达多相人格量表包含有550个真假项目，它们都是因在几组精神病患者和正常受试者之间引起最大分歧而被挑选的。测验回答被分成十个临床等级，再加上三个帮助测验者判断被试者的回答有无撒谎、掩饰的所谓有效等级。通常，如果被试的得分等级大大高于一种预定标准的分数，就被认为是变态的。分数越高，偏离正常的程度就越大。不过，尽管明尼苏达多相人格记录表已经得到了广泛的发展和修正，然而，正如克兰芒茨所提到的，虽然明尼苏达多相人格记录表常常能够把正常群体同临床群体区别开，但是它在对具体临床障碍的鉴别诊断中的成功也没有被证实（见表3-4）。

表 3-4　MMPI 标度和提高的解释

标度名称	高分数的解释
L	试图通过不诚实地回答测验问题来产生一种有利的影响
F	可能表明有病的外观。严重的病状：优郁，焦虑，不满
K	可能表明有病的外观：防御，抑制，偏执，缺乏洞察力
疑病症	过度身体忧虑，躯体症状，自恋，悲观，长期存在的问题
抑郁症	抑郁，悲观，烦躁，不满，缺乏自信，内向，过度受控制
癔病	具有机能起源的身体症状，缺乏洞察力，自我中心，悲观，社交困难，需要关心和慈爱
反社会	不合群或反社会，反抗，冲动，不良的判断力，不成熟，爱寻衅，心理混乱
男子—女子气质	男子：艺术兴趣，男性角色的不稳定，创造性，良好的判断力，敏感，被动，依赖，良好的自我控制 女子：拒绝传统的女性角色，男子的兴趣，武断，竞争，合乎逻辑，冷漠
偏执狂	可能表现出症状明显的精神病行为，多疑，敏感，不满，投射，文饰，说教，僵化
精神衰弱	焦虑，忧虑，担忧，不能全神贯注，沉思默想，强迫，不稳定，缺乏自信心，固执，决策有问题
精神分裂症	可能具有思维障碍，孤独，自我怀疑，感到被疏远和不被接受，模糊不清的目标
轻躁狂	过度的活动，冲动，缺乏方向，不现实的自我评价，不足的挫折耐性，友好，操纵
社会内向性格	社交上的内向，害羞，敏感，过分受控制，遵从，决策有问题

当前，明尼苏达多相人格记录表得到了普遍的临床运用，除了投射方法之外，它也许是最常用的人格测验。它是诊断信息的一种便利来源，因为当它与其他评价材料一同使用时，它能够根据经验来证实种种印象。

（四）行为观察

在自然环境中对人的行为进行系统的观察是一种很有效的评价工具。在惯常的环境中观察人的行为，常常使临床工作者能够识别那些与变态行为方式相联系的、甚至可能是导致变态行为的环境因素。

有两种基本的行为观察方法：第一种叫做自然观察，它是指在其自然环境中观察行为。例如，为了得知更多的有关一个儿童社会发展水平的情况，心理学家可以在整个学习日的不同时间观察这个儿童。由于自然观察是对个体持续活动的最小干扰，所以它能获得对个体行为以及影响行为的因素的最现实的印象。虽然当人们认识到自己正在被观察时，他们可能会改变自己的行为，但是多数人最终都习惯于某一观察者的存在而且不过度地受其影响。

第二种行为观察更有结构性，因为观察者能够更有效地控制所面临的环境和行为。例如，为了了解家庭环境中人际纠纷和紊乱情况，可以运用结构行为观察。因为根据观察一次围绕某一麻烦问题进行的家庭讨论，观察者就能够了解到这个家庭里各家庭成员之间互动方式的情况，而且它还能够帮助识别纠纷发生、交谈中止的环节。

自然的观察方法和有结构的观察方法都能够帮助提示人们惯常的环境影响他们行为的方式。此外，这种评价方法至少在另外三个方面特别有助于诊断者：第一，在系统观察基础上的记录有助于澄清现存问题的性质和严重程度。例如，一个尿床孩子的父母所保存的详细记录可以告诉诊断者，只有在父母中的一个人出公差不在家时，而且只是在夜晚，这种问题每星期才平均发生 4 次，而且常常是连同夜惊一起出现的。有关这种情况的具体信息有助于诊断者和父母更完全地认识这个现存问题的实际严重程度，认识有导致这个问题的环境因素。第二，行为观察能够在治疗开始之前提供基线材料。通常，这些基线材料都是在评价阶段收集的。如果与这些基线材料对照，我们就可以比较治疗期间和治疗之后行为的变化程度。第三，观察材料常常有助于诊断者系统地对问题行为进行分析，正

是通过其自身的性质，观察才减少了空洞的推论。

假定评价者受过适当的训练而且被观察的行为受到清楚的说明，那么我们就很容易在行为评价上取得高度的一致。如果观察应该是有意义的话，那么毫无例外，进行系统行为观察的方法强调的就是需要一种细致的系统方法。

四、心理评价方法的影响因素

评价过程的一个重要特征是评价工具的选择。在某种程度上，工具的选择取决于受试者特定的心理问题；此外，诊断者被要求评价的问题范围也很重要。通常被要求评价的范围包括下面四种基本形式：①对各种心理能力，特别是智力功能的评价；②对更具体的能力、态度或缺陷的评价；③鉴别诊断或测定哪一种诊断最能表示患者的特性；④对人格特性的评价，无论是不是变态的。

在进行这些评价时，诊断者依靠一些不同的方法，包括临床交谈、有组织的心理测验、投射测验用调查表进行调查，以及直接的行为观察。一个特定评价问题可能需要这些程序的任何一种或所有这些程序，这取决于有关问题的性质和复杂性。诊断者的理论倾向也影响所有方法的类型。例如，着重行为的诊断者在进行评价时就广泛地依靠行为观察或对现行问题的描述，而更着重心理动力的诊断者却常常运用心理测验或投射来帮助评价潜在的人格特性和识别冲突的范围。

不管评价问题的性质或诊断者的理论倾向怎样，我们应该根据它们被证明的处理特定问题的能力来选择方法。然而，普遍可用的评价方法在它们被指定处理的问题上，以及在它们扮演自己角色的精确性上，都有广泛的不同。评价它们品质的一种方法是考察它们的统计属性，例如信度和效度。

1. 信度和效度的影响。

信度是指在各种不同的情况下测验资料的一致性。一个特定方法的信度可以从三个方面进行评价：

①分半信度涉及的是测验的内部一致性和对内部项目的比较产生类似结果的程度。

②测验—再测验信度涉及的是对同一个人连续进行一种测验产生一致结果的程度。大体上，测验间隔越长，测验—再测验信度就越低。

③评估人之间的信度是对两个或更多的使用同一测验或测量的人将取得类似结果程度的测量。评估人之间的信度是一个关于个人测验和大体上评价过程的重要问题，特别是当人们正在使用诊断标号的时候。评估人之间的信度已经表明因不同因素而有所差异，这些不同的因素包括评估人的训练水平和他们据以评价和观察的诊断标准的明晰程度。

效度指的是一个特定测验对于测量指标特性或特征的准确性。一个特定测量方法的效度可以从四个方面加以评价：

①内容效度提出的是测验项目是否反映为人们普遍赞同的某一品质的特征的问题。例如，一种被设计用来评价焦虑的调查表，如果包括有关诸如出汗的手心或紧张不安的腹部这样一些独特症状的项目，那么它就会具有内容效度。

②一致效度评价的是某一测验结果与那些被指定用来评价同一特性或特征的其他测验结果的一致程度。

③预言性效度涉及的是一个测验或其他测量预言行为的能力。在此，诊断者不仅对具体的测验与后来行为的联系方式感兴趣，而且还对在一套评价方法基础上的建议与后来参与的结果相互联系的程度感兴趣。

④构想效度指的是一种理论构成能否与经验相符合。例如，一种人格特性，它本身根本不能被直接观察，但可以被经验到。评估测验的构想效度，就是检验其理论构想的准确程度。

总之，重要的是评价方法既要有效度，又要有信度。例如，对诸如抑郁或童年精神分裂症这样一些障碍的富有意义的讨论，取决于如何发现和评估这些障碍的可靠和有效的消除方法。

2. 评价与参与之间的关系。

由于评价过程由那些具有许多理论主张的诊断者来实施，因此，最终任何心理评价的成功或失败，还必须由这些实施者的参与策略来决断。

例如，精神分析学信徒可能几乎完全依靠访谈材料，特别是那些处理患者早期发展的人。另一方面，着重于行为的诊断者将倾向于强调观察材料和调查表回答的重要性。如果他们要进行访谈或正规测试的话，那么他们就可能会把这些结果主要当做行为的样本，而与这些方法要评价的人格特性无关。着重于人本主义的治疗者可能会完全放弃这种诊断过程，因为在他们看来，分类的过程和诊断标号正在丧失人性。然而，当他们集中研究每一个患者所表现的独特的个性形式时，他们也可能会广泛地运用一系列不太正规的评价方法。

根据一种实用主义观点，评价的关键在于精确收集解决手头问题所需信息的类型和数量的能力。因此，许多诊断者开始把评价看成是相对于传统理论倾向而独立存在的一种解决问题的过程。如果我们要取代这些不同观点，我们就必须不断地认识到心理评价程序的信度和效度是通过使用多种多样的方法来提高的，因为每一种方法都专门用来调查典型行为的很具体的方面。罗夏原始记录和人形描图被看成是解释一个人人格的答案的时代已经过去了，仅仅根据智商测验分数来决定分班的做法也不再合适了。总之，心理评价正在变得更加注重实用，更加依靠经验，而且对社会和文化因素对行为的影响更加敏感。如同 DSM－Ⅲ 的倾向所说明的那样，这个障碍的分类更多地根据具体的诊断标准而更少地根据各种有关病原学的传统理论观点。结果，评价正在成为一种更加精确的活动，评价者对行为的经验和参与策略将更有力地影响评价方法的选择。

第四章 压力和顺应障碍

压力是我们非常熟悉的概念。我们常说，压力太大，或者说我快承受不住压力了。无疑，这反映了我们对压力概念的理解：压力既包括作用于我们机体的各种紧张事件或环境刺激，也包括我们对这些事件或刺激的心理感受和生理反应。压力作用下，人人都需要调整和顺应。如果压力太大，超过了我们的承受力和顺应能力，就会导致适应障碍，严重时出现明显的身心疾患。这一章里，我们将讨论压力和压力的应付等问题，同时还讨论与之相关的两类心理障碍：适应障碍和心理生理障碍。

一、压力与应激反应

压力（Stress），又称紧张刺激，是加拿大学者汉斯·塞里(Hans Selye)在20世纪30年代初首次提出的。他指出，在日常生活中，我们机体总会面临许多压力或紧张刺激，这些紧张刺激既可以是生物的、物理的或化学的，也可以是精神的。在各种紧张刺激的作用下，机体都会产生相应的生理反应，如呼吸急促、心率加快、血压上升、汗腺分泌、肌肉紧张等，塞里把这些生理反应称为“一般适应症候群”。他认为“一般适应症候群”是机体用来保护自我的本能性的非特异性反应。塞里还把机体对各种刺激的反应分为三个阶段：

警戒阶段：这一阶段，刺激引起了机体的自主神经系统的防卫反应，体内激素分泌增加，基础代谢提高，肌肉紧张，为机体作“打”或“跑”的行为做准备。

抵抗阶段：此时期如果刺激继续存在，机体则调动所有资源来应对，心跳、血压等生理指标明显变化，对抗刺激情景。这时个体

的表面上似乎没有异常，但机体已经发生了内部变化。

衰竭阶段：如果刺激持续时间太长，或刺激的强度太大，机体所储备的能力就会逐渐消耗殆尽，不能再抵抗刺激而出现衰竭现象，这时机体将会出现明显的病理变化，如高血压、紧张性头痛、消化性溃疡的产生。

塞里的这一理论，不仅将压力或紧张刺激与机体的生理反应联系起来，而且引出了许多重要的概念，如紧张刺激、应激源和应激反应等，所以这一理论被称为应激理论。不过，塞里提出的这一理论是在比较狭义的层面上使用的，即塞里过分偏重生物学的意义，强调了人体对紧张刺激的生理反应，而忽略了心理反应以及刺激与反应之间的中间过程。后来的许多学者完善了这一理论，有关应激源、应激反应以及影响应激反应的因素等研究已经取得了非常丰富的成果。

（一）应激源

应激源是指那些可能引起机体的应激反应的各种刺激物。根据其性质来源，可分为生物性应激、心理性应激和社会文化应激；根据其影响领域，又可分为职业应激、家庭危机和紧张以及环境应激。

1. 职业应激。

职业应激产生于人与职业之间的相互作用，其特征是迫使人偏离正常机能的种种变化。职业应激的缘由可分为如下三类：即组织的特征和过程；工作条件与人际关系以及工作要求和职业特点。

(1) 在组织特征中，高度集中化、形式化、具体化、规模宏大、变动性小都已被认为具有应激性，而导致工资待遇不公、经常调动、交流不够、任务分配不清、矛盾冲突以及作业反馈不足等的组织政策和执行，都可能是应激产生的来源。

(2) 拥挤、无法独处、噪音、过热、过冷、照明不足、灯光刺眼或闪烁不定、存在有毒物质和空气污染等可使某些工作条件成为应激刺激物。工作中缺乏接受和承认、缺乏互相信任的人际关系，竞争和矛盾等同样可成为应激源。

(3) 在工作需求方面，可能的应激源有重复性工作、时间压力和限制、技术水平低、责任和才能未充分利用或过度使用。对人在工作中的角色的研究表明，角色冲突和模糊不清、角色欠载或超载、角色地位不当等都是潜在的因素。

2. 家庭危机和紧张。

家庭自从形成的时候开始就经历危机。T. McMurrain 曾把促发危机的事件分为三种类型：渐发成熟性事件、消耗性事件和冲击性事件。

(1) 渐发成熟性事件是在家庭生活周期的经历中自然产生的转折点。在一个人的发展过程中，当面对生活周期的转折点时，家庭的紧张达到高峰。在这些关键时刻，家庭易于变得“脆弱”，从而需要有某些治疗性干预，使当事人容易从一个阶段过渡到另一个阶段。生活周期的应激源可分为纵向和横向两个因素。纵向的应激源是从家庭的先辈传来，它包括家庭的模式、家族传说和家族论点与说教，横向的应激源是指从一个发展阶段过渡到另一个阶段所经验到的紧张事件。

(2) 消耗性危机的根源在于应付期过分延长，在此期间由于持续的紧张而逐渐产生了危机。长期卧病、父母为了抚养孩子而勉强地凑合在一起忍受不和谐的婚姻生活、相当长期的贫困度日等就是一些例子。消耗性危机的不良后果不是突然发生的，这可能常在人们意料之中。心理服务人员可能会对他们产生误解，认为这些人不愿合作或不负责任，其实这种反应就是消耗性危机所造成的无秩序的分解状态。

(3) 冲击性危机以事件在相对短的时期内发生为特点，其结果会对家庭产生突然的撞击，人们无法对此作出顺应。这种危机会导致深刻而又出人意料的悲剧，即便原来的家庭是稳定的，人们的心理是健康的，这种悲剧仍能发生。冲击性危机的例子有死亡、因火灾而丧失房屋或家庭、地震或洪水等自然灾害。

3. 环境应激。

环境应激源主要有下面几类：

（1）生态的应激源。指在外界物理环境中的许多刺激，最常研究的生态应激源是热和冷。其他受到重视和曾经过实验研究的应激源有污染、太阳光照、荧光屏照射、噪音和其他听觉刺激、嗅觉刺激、万有引力的影响、大气压作用、湿度等。这些都是物理环境的因素，要求有机体作出反应以保持其内部稳定性。

（2）偶合或共存应激源。它们并非一般的环境事件，但对个体来说，它们是外来的并作用于人，如意外事故、车祸的心身伤害等。有人也用“紧张生活事件”的测查来探讨这些共存应激源。研究的设计思想在于假定生活事件，不管是积极的或消极的，如果累积其影响，就会增加个体对疾病的易罹性。这里应该注意的是生活事件的作用在极大程度上受个人应付的影响，应付成为生活事件研究的中心议题。

（3）社会应激源。包括社会经济地位、营养不良、工作条件、教育水平、居住地点、生活质量等，这是文化社会条件冲击于个体的各种因素。不同的社会系统和组织形式影响着不同的个人应激；维持这种系统，或改变其形式都会产生紧张。社会偏见和固定看法对这些变化也起到共存应激源的作用。

（4）自我导引应激源。包括生活风格和志愿摄入的各种因素。A型行为形式就是由环境因素和个人生活特点形成的特殊风格。另外，还包括个人价值系统、特殊的职业活动，或个人喜爱的锻炼程序。志愿摄人应激源包括咖啡、特种茶、特种药物或饮料、尼古丁、酒精等。

4．灾害分析。

灾害后果的严重性，因受害人数、毁物多少、财产损失大小而定。但是任何灾难都要产生心理影响的后果，有的甚至造成悲剧性后果。

“创伤后应激障碍”最先被美国精神病学会在DSM－Ⅲ中列为明确的精神障碍。病情可能是急性的或慢性的延长维持。应激产生于各种情境，有的是人为引起的，包括虐待和没有完结的折磨、群众暴乱、集体骚动、无秩序的狂热、恐怖主义行动等。这些人为灾

祸可能是有意制造的，也有偶然发生的。另外一些灾祸产生于不可抵御的自然环境事件。不管应激源来自何处，对心身健康的危害十分明确而肯定。

（二）应激反应与代偿失调

应激源状态对有机体的适应力形成一种挑战，它要求机体调动各种各样的防御反应来应付之。通常，这些各种各样的防御反应能成功地抑制恐惧和威胁，可是当应激源是持续和严重时，压制就超过了有机体的适应能力，在这种情况下，整合功能减弱，甚至有机体有崩溃的可能。这种整合减弱被称为代偿失调。在严重应激下的代偿失调常常导致下列后果：

1. 适应效率的减弱。

在生理上，严重紧张导致削弱人体排斥入侵病毒和细菌的能力。在心理上，恐惧的知觉可缩小认识范围，使认识过程过于死板，以致个体观察客观情况或理解实际变化范围十分困难或不可能，自己认为已经无任何回旋余地。这个过程常表现在自杀的行动中。伴随着在严重紧张情境中所产生的强烈情绪，也会造成适应效率的减弱。比如在焦虑、紧张或惊恐时我们不能在公众面前谈话；考试时尽管做了充分的准备，由于极度紧张、不安导致失败。

2. 对其他应激源失去抵抗。

有机体使用策略对付一种严重的应激，那么对其他应激源的耐受性就会减弱。因为有机体的对付策略似乎是有限的，如果已动员它们对付一种应激源，那么它们就较难有效地对付其他应激源。这有助于解释持续的心里紧张会减弱对疾病的生物抵抗，持续的身体疾病会减弱对心里紧张源的抵抗等等。另外历时过久的应激情境既会引起对应激源的病理性过分反应，又会产生对应激源的病理性失去敏感，这时就产生极度冷淡和不知外界任何事.

3. 有机体的磨损。

也许大多数人相信，即使经历了剧烈的应激后，休息能使我们完全恢复。可是对动物的实验清楚地表明，每次应激会留下持久的痕迹。比如我们在遭受一些痛苦的经历后，休整似乎可以使我们恢

复元气，几乎能消除掉极度的疲劳，但这里重点是“几乎”。因为我们生活中不断地处于应激及休整期，如果将每天极少的不良适应能量相加，就会形成所谓的老化。当压力剧烈并长时间持续时，生理动员变得缓慢，并导致体内器官的不可挽回的病变，如消化性溃疡、高血压以及心脏病突发或中风等。

（三）影响应激后果严重性的因素

应激后果的严重程度与个体机能受干扰的情况相联系。一方面，它决定于顺应要求的性质，另一方面决定于个体的特点及状况，以及社会文化环境等条件。即很多情况下，应激的严重性决定于顺应要求的大小和个体防御资源之间的关系。

1. 顺应要求的性质。

如果顺应要求是一些重大的、历时持久的、要求复杂性高的事件，如亲人死亡、离婚、个人患重病等，在这些情况下，应激的后果是严重的，对个体的损害甚大。另外，如果应激源是长期累计的，如持续繁劳作业或长期夫妻不和，也会加重应激，导致筋疲力尽。还有一种情况也是值得注意的，如果数种应激源同时施于一个人身上，造成的危害性确实大于个别应激源的单独作用。因此，一个病人如果正好最近被工作单位解雇，并出现心脏病发作，又得知子女因偷窃罪而被司法机关拘留的消息，这些应激源的作用就不同寻常了。

2. 应激源的危急性。

危急性就是指“火烧眉毛”的应激情境。在大多数情况下，包括那些卷入冲突的情况，应激的严重性随着所需顺应的临近而变化。例如，有人对大学研究生作了观察，发现学生虽然时时想到考试，甚至考试前三个月就有些不安，但是直到考试来临，才感到焦虑。跳伞运动员等待下一次跳伞来临时也会有同样的感觉，但是在真正面临实际跳伞时，焦虑的状态达到最高水平。能预料其他应激情境的人，也会发现紧张的严重性随严峻时刻的临近而增加，如一个需要做重大外科手术的人就是这种情况。

3. 对应激源的认知。

认知影响个体情绪的变化，也影响应激源的后果和作用。曾有人说某人的应激源是另一个人的“一块蛋糕”，这种说法得到充分的证明。人们对事物的看法不同，事物对人的作用也会不同。如果人们看到了非常恐怖的情况，就会产生强烈的紧张，特别是当他确信自己无力应付这种情况时更为严重。

新的顺应的要求如果不能预料，且没有现成的处理形式可以利用，这样就使个体处于高度紧张之中。这就是为什么紧急情况下的工作人员，像警察和消防队员的训练，一般包括多次的实地练习，多次面临人为的应激源之中，直到处理这些情境如同家常便饭那样。出于同理，如果适当地注意让病人有所预见，那么在外科手术中产生的紧张就会减少，恢复过程也会显著地缩短。当人们自由地选择紧张，而不是由别人强加或可以有所预料到的时候，也会达到同样的效果。了解应激情境的本质，对其有所准备，了解应激要延续多久，所有这一切都会减轻个体紧张的剧烈程度。

4. 个体的应激耐受性。

面临一定的应激源时，其后果的严重性在通常情况下依赖于个体承受应激的实际能力，在特定的条件下应激源的形式也起作用。如果一个人勉强地作出顺应，最轻微的挫折或压力也会引起剧烈的紧张。应激的耐受性或挫折的耐受性这一术语指的是，个体未使其整合功能受到严重损坏时所能承受的应激的能力。

在生理和心理两方面，对于最为敏感的应激源类型，各人有不同的反应。每个人对应激源的敏感性也是各不相同的。事态骤变、失意及其他问题，某人可以处之泰然，而另一人则会感到束手无策。一些心理学家发现，这种差异与人的人格特质有关。那些对改变存着开放的胸襟、能积极投入工作之中，以及觉得他们能控制自己生活的人，具有较强的承受力。另外，早期不幸的经历可能会使个体对某种应激源特别敏感。

5. 外界的帮助与支持。

缺乏外界精神或物质的支持，会使已有的应激源更有效力，从

而减弱人的承受能力。离婚或配偶死亡的人，如果他生活在关系密切、相互关心的人们之中，其应激的后果会较轻；如果他们孤独一人或处于完全被人遗忘的境地，则更易产生严重危害。

如果一个人有同伴在一起，在他做一些违背原则或信条的事情时所感到的压力和产生的紧张，要少于当他单独一人干的时候。研究已发现一种倾向，即当个体处于强烈紧张状态时，他总是要向他人寻求支持和安慰的。

可是环境的支持是复杂的，家庭及朋友支持的行为，有时可能会增加紧张程度。因此支持和帮助的方式必须得体合适。通常文化活动和社会关系都试图使紧张的个体渡过难关，各种文化活动都有自己的特点，都在提供一些特殊方式或不同的礼仪行为。这些都能起到支持帮助的作用。

二、应付与应付策略

（一）应付的概念

应付（Coping）在人们的适应中起着关键的作用。一般认为，适应的结果可以是消极的，也可以是积极的。消极的结果包括机能受到损害，以及陷入悲伤忧愁之中；积极的结果包括身体健康、充满信心和富有成就。在应激不可避免的情况下，人们如何应付应激，就决定了适应的结果是积极的还是消极的。

关于应付的本质，主要有三种理解模型。第一种是从驱力—强化的学习理论中演化而来的。根据这种观点，应付是由逃跑、回避等动作组成的，这些动作有效地控制厌恶性环境条件，从而降低由于这种条件引起的心理生理困扰或不平衡的水平。采用这种模型的人，其理论与研究的兴趣主要在于降低与应激有关的一系列变量，即探讨对环境的预测性和可控制性，以及探讨从环境中得来的有关应付结果的反馈信息。他们的研究主要集中于客观的环境操作、可观察的应付活动以及心理生理反应，其中既包括自主神经系统的活动，也包括肾上腺髓质和肾上腺皮质的激素分泌。这些生理变化的

解释，认为与唤醒水平和自主性平衡有关。

应付的第二个模型注重心理分析学的自我心理学概念。他们把应付看做是一系列的自我过程，它从婴孩发展起，并且这种发展主要集中于自我与环境之间关系的思考上。生活的基本任务在于在人类社会环境中生存和兴盛发展，这就需要在满足本能需要的同时，现实地处理来自社会的危险与限制。这种模型的应付是层次性的。主动应付被看做是最先进的或最成熟的自我过程，它使紧张事件得到符合实际的、灵活的处理和掌握，从而保持和增进了心身健康。而自我防御机制则被视为更低级、更神经质的过程，其特点是更加刻板和经不起现实的检验。

第三个应付模式强调认知评价过程，强调研究应付和应付的评价要用动态的、交互作用的方法，它们是一些以过程为中心的方法。应付被视为对情境变量、时间因素以及从影响适应结果一系列事件中来的反馈的反应。可以把应付定义为：为了处理个人所受压力的需要或付出超过个人资源的需要而作出的努力。在这个定义中"处理"一词意味着应付不仅包括对环境的驾驭，也包括忍受伤害或威胁，重新看待以往的事件，接受现实，或从积极方面来运用情境，就是说掌握他自己的思想和情感以及运用环境和控制局面。由于应付指的是外加的要求，它给人压迫或超出个体资源，这就把应付限制在应激情境中。这时，一个人就必须动员起来以对付新情况，调动平常不使用的资源和力量。因此应付与习惯性的自动化的适应过程不同，后者不需作出很多努力，而只是一些现成的反应。

（二）应付如何影响健康

在身体健康的问题上，应激的损害常常来自多种事件，因而需要考虑哪种应付模式长期在许多应激事件和生活领域中起作用。为了探讨应付如何影响健康，既要重视应付的长期效果，也要注意在整个特定的应激事件中短期的效果。不适当的应付如果反复、长期地出现，并且可能历经很长的时期，才会引起疾病。因而可以作出这样的推断：许多轻微的心身不适，就是人们为了控制应激而长期过度动员能量所造成的组织的失调。

应付过程经由三种途径对躯体健康造成危害。第一，影响神经生化应激反应的频率、强度、持续时间和形式的因素有以下三种：①无法从环境中避免或改善有害的或破坏性的条件；②遇到无法控制的伤害或威胁时，无力调节抑郁的情绪；③生活风格和价值观的异常表达，它们总是不断地以有害方式作出动员。每种应付模式的结果都不是单一的，即都是在某些方面积极，而在另外一些方面消极。对于研究者来说，必须广泛全面地看待问题，并且从多重结果和价值的观点出发，在复杂多样的情境中评价应付的结果。第二，如果个人采用的应付手段是运用伤害性的物质，例如过度应用酒精、毒品和烟草，或者对身体构成高度危险的活动，那么，应付就会给健康造成不良影响，就会增加发病率和死亡率。第三，指向情绪的应付模式也可能影响健康。例如，否认或回避思考那些具有伤害或威胁性的事件，虽然能够降低个人情绪抑郁，但是同时阻止人们现实地考虑问题和采取有效行动。

目前人们已认识到应付是生活的基本组成部分，已有大量证据说明应付可以影响人们适应的好坏。这里需要作进一步研究的问题，就是某种类型的人在什么特定条件下，采取哪种应付模式会带来满意的结果；良好的适应结果是如何产生的，有什么机制等。

（三）应付模式的类别与临床疾病

应付模式或风格，是指人在应付生活压力时惯常使用的方法和策略。现在普遍认为，个体的应付模式或风格是其应激与疾病之间的中介物，即应付风格不同，直接影响其应激的后果，甚至影响疾病的类别。

1. 激怒型应付模式。

从广义的观点，激怒型应付模式也可理解为情绪表达的模式。这种模式又可区分为个体自由表达和自行制止情绪表达两类。当受到旁人的激惹时，不管个体有理或没有理，也不管这些理由是真实的或想象的，有些人的反应是将愤怒表达出来，有些人则相反，他们常常克制自己而把愤怒压抑下去。这就是说有人“愤怒向内”，有人“愤怒向外”。研究表明，激怒的应付模式或风格对血压有直

接的影响：当个体受到他人的激怒时，那些愤怒向外的人比愤怒向内的人的平均血压要低。愤怒向内者比愤怒向外者患高血压病的相对比例是1.64:1。不过，也有研究还发现，愤怒表达对应激的缓解效应只有在高度紧张状态时所起的作用最明显。不论来自外部的压力或内部心理的压力，在高度应激情境时，愤怒向外可以减少紧张，但在较低的应激情境中则愤怒应付模式的作用并不重要。

2. 转换和退行型应付模式。

这是从自我防御机制的应用来区分人们的应付模式。转换型指个体将某种紧张状态，转换成对个人成长有益、对社会舆论许可的形式。退行型应付指采用否认、回避、倒退等行为逃离应激情境。在有关人格与躯体疾病的研究中也有人发现，性格坚韧、耐受性强的人采用转换型应付策略，坚韧性较差者采用退行型应付策略。前者能更有效地解决紧张状态，后者消极被动，无法对付各种情境的要求。如果一个人被辞退，丧失了工作，转换型应付模式的人积极考虑情况，承认实际危机，重新评价自己和评价辞退自己的组织或单位。总之他仍以乐观态度采取行动，进行职业咨询，再评价何种工作或职业最适宜于发挥自己的能力。相反，退行型应付模式的人就以悲观的心情评价自己的丧失，认为不可再行弥补，自认无能或以消极行为，如酗酒、制造事端等来对自己和他人。

还有一种应付策略可以与转换和退行型应付模式相对应，这就是问题定向型应付和情绪定向型应付。研究还发现，经历应激生活事件的被试，如果杜绝采取退行性应付行为，就会减少身体和心理的紧张症状，即减少失眠、头痛、腹泻、心跳、气短、焦虑、抑郁等等。不适当的应付行为包括发怒、过度喝酒和吸烟、服用药物以得到放松、冷漠无情的反应、从应激情境中退缩等等。

3. 主动认知、主动行为和回避型应付模式。

有人进一步将三种应付策略作了区分，提出的假设认为，直接知觉和具体行动缓和紧张生活事件有不同的影响效果。主动认知应付模式在行为上的表现为：从有利方面看应激情境、回忆和吸取过去的经验、考虑多种变通方法。主动行为应付模式在行为上的表现

为：向专家求救，不等待，而是采取积极行动，如针对应激情境力图找出更多的有关信息，并做有益于事态发展的事。回避应付模式的行为表现为：做最坏的准备、封闭情感、自我忍受、用吸烟喝酒来减除紧张等。研究发现两种主动应付模式确实能缓和生活事件所造成的不良影响，但回避应付模式有加重紧张对身体不良影响的趋势。

4. 成熟与不成熟的应付模式。

成熟应付模式就是以心理发展成熟的反应来对待应激情境，包括对内心不喜欢的人也温和地对待，怒气待发时保持冷静，以分散注意力或退却的方法躲避应激情境等。不成熟应付模式的行为表现为以愤怒对待制造挫折的人，沉于幻想和白日梦之中，产生被动攻击行为等。一般认为，成熟的应付模式更有助于有效地处理应激问题。

三、适应障碍

适应是指机体面对体内外的环境变化，所作出的相应的身心调节过程。适应是有机体生存所必须具有的能力。通常，人们对一些轻度的环境改变都能作出适应的反应，但当环境发生突然的或根本性的变化，或受到长期不良环境的压力的影响时，就可能表现出情绪的破坏和其他暂时性的心身失调反应。这种对某些明显可辨的环境变化而出现的暂时性心理异常，即为适应障碍。

根据环境变化的突然性特点，可将适应障碍分为两类：急性应激反应（短期情景适应障碍）、生活各阶段的适应不良反应。

（一）急性应激反应

指在一类异乎寻常的身体或心里紧张刺激的作用下，本来没有明显心理异常的人，也都会产生的暂时性心理异常。具体又包括两种：一是战争应激反应，二是民间灾难性应激反应。

1. 战争应激反应。

起因于战争时的过度精神紧张、恐惧和过度疲劳等因素。表现因人而异，主要有情绪不稳定、易激惹、感觉过敏、惊慌状态、恐

惧、焦虑、抑郁、兴奋过度或木僵以及植物神经紊乱等症状。严重者出现肢体麻痹、失明、不能辨认方向及癔病等表现。此种障碍的严重程度取决于当时的状况、个体感觉与个人的反应经验。

2. 民间灾难性应激反应。

生活中任何突发的惊恐事件，包括自然灾害、亲人死亡等，都可能出现触发时的心理失常，其表现与战争反应大致相同。不过，由于民间灾难更具意外性，所以其反应可能比战争应激更为复杂和强烈。一些研究表明，典型的民间灾难性应激反应，大致分为四个阶段：

(1) 震惊期：受害者迷惑、茫然，而且好像很无助。开始受害者在情绪上可能无精打采，但是他们很快变得很容易接受别人的暗示和影响。

(2) 否认期：当震惊消逝之后，许多受害者就转入否认阶段，甚至转而去发展一种类似庆祝的心情。

(3) 现实期：当人们最终面临这种灾难的实际影响时，现实就闯入了，而且延迟的抑郁、焦虑和恐怖反应也就出现了。

(4) 恢复期：最后，外伤后反应呈现，而且必须给予处理。

一般而言，急性应激反应有如下特点：①是在极度紧张情景下所表现的变态行为，本人以往无此经验；②此种反应可能重复发生，但最终形成个人习惯的反应形式；③反应持续的时间较短，一般几天、几周或几个月，不超过半年，随着时间的推移，逐渐消退；④症状和持续时间与个性有关。

（二）生活各阶段的适应不良反应

从出生到老死，人总会在不同的时期遭遇到一些环境变化和精神刺激。由于各年龄阶段的身心特点不同，所处的环境不同，对变化和刺激的应付能力不同，因此导致其适应不良的原因和表现也有不同。

例如，对于婴儿时期的个体来说，母爱的缺失（包括母亲的去世、出差，断奶的历程等）常常是适应不良的主要原因。孩子会因此而表现得哭闹不安、易激惹，入睡和哺育困难，有的还会表现出

情感的淡漠。而童年期的孩子，导致其适应不良的原因大多与情绪冲突有关，如爱的缺乏、教育不当、受欺负、物质不满足等。其表现比婴儿期丰富：有情绪异常，如发脾气、尖叫、恐惧、抑郁等；行为反常，如偷窃、逃学、破坏捣乱、攻击他人或胆怯退缩等；还有一些神经质性反应，如咬手指甲、抽搐、遗尿、梦游等。

青少年期的适应不良，则大多与学习、人际和性心理发展有关。比如，学习不良或受挫、学习环境发生的变化、人际出现纠纷或难以被群体接纳、性生理和性心理的困扰、恋爱与前途问题等，都可能导致青少年的适应障碍。其表现除了情绪和行为的紊乱之外，可能还会出现生理心理的障碍，严重者甚至自杀。

家庭婚姻问题、孩子教育问题、工作能力的高低与成就感的受挫，以及地位环境的变化等，常是中老年期适应不良的原因。其表现以情绪的焦虑和抑郁为主，也包括不良行为如抽烟、酗酒等，心身疾病也非常普遍。老年人的无助感和退缩现象也比较突出。

归纳而言，适应障碍的表现是多种多样的。美国精神病诊断分类手册将适应障碍分为八种类型：

①具焦虑心境的适应障碍，突出的症状是神经过敏、着急和紧张不安。

②具抑郁心境的适应障碍，突出的症状是抑郁心境、流泪和绝望感。

③具品行紊乱的适应障碍，突出的表现在于品行，如侵犯他人权利，或者是违反与年龄相称的社会常规和准则的行为。

④具情绪和品行混合紊乱的适应障碍，突出的症状包括情绪症状和品行紊乱两方面.

⑤具混合情绪特征的适应障碍，突出的表现是抑郁和焦虑，或者其他情绪症状混合存在。

⑥具躯体主诉的适应障碍，突出的表现是躯体症状，如疲乏无力、头痛、背痛或其他疼痛，且躯体症状无相应的病理基础。

⑦具退缩的适应障碍，突出的症状是社会退缩而无明显抑郁或焦虑心境。

⑧具工作（或学生）能力抑制的适应障碍，突出的表现是以往工作或学业技能一直良好的个体，出现工作或学业能力受抑制。

（三）适应障碍的诊断与治疗

1. 诊断标准。

适应障碍的诊断，主要依据下列三个标准：

(1) 对一种（或多种）可以辨明的心理社会紧张刺激的反应，而且发生在受到刺激后的三个月之内。

(2) 确实存在下述适应不良反应的一条：

① 职业（包括学习）功能、一般社交活动或人际关系的损害。

② 症状超出了对该刺激的正常和应有的反应范围。

(3) 障碍不单纯是对刺激过度反应方式的一个例子，或者是某种精神障碍的加剧。

(4) 适应不良反应的持续时间不超过六个月。

(5) 障碍不符合任何特定精神障碍的诊断标准，也不是单纯哀恸反应。

2. 治疗原则。

适应障碍由于其原因明确，症状持续的时间不长，所以在治疗上相对比较简单。主要的心理治疗手段是一般性心理支持疗法。即通过及时的关心、真诚的关怀和心理上的支持，再配合适当的认知和行为的调整，有针对性地帮助当事人正视当前的困境，协助他们积极地去面对和适应，从而达到较好的咨询效果。

四、心身疾病

心身疾病是指由于社会心理因素导致的躯体疾病。从广义的角度来看，所有的躯体疾病都与情绪和社会环境等因素有关，不过，心身疾病是指其发生、发展和转归等与心理社会因素密切相关的一类躯体疾患。常见的心理生理障碍有：原发性高血压、冠心病、消化性溃疡、支气管哮喘、紧张性头痛和偏头痛、癌症等。

（一）心身疾病的范围和分类

心身疾病所包括的范围是很广的，目前还没有公认的分类方法，一般把心身疾病局限于心理因素与情绪反应对内脏和下丘脑的影响，并通过植物神经系统，内分泌系统和运动神经系统的作用累及内脏、心血管系统、内分泌系统、皮肤、骨骼肌肉系统、免疫机制等几十种疾病。下面按器官系统对心身疾病作简单的介绍。

（1）胃肠系统。

消化性溃疡　胃壁或十二指肠上出现溃疡面。

结肠炎　结肠炎症，造成腹泻、疼痛、便秘、有时出血和贫血。

胃炎　胃部炎症而引起疼痛、恶心、嗳气及其他不适。

便秘　肠蠕动失去规律。

腹泻　频繁而松散无力的肠蠕动。

烧心　胃部或食管烧灼感。

（2）呼吸系统。

支气管哮喘　发作性呼吸困难，伴有咳嗽和喘息。

过度换气　发作性呼吸过深，造成眩晕和昏厥。

慢性呃逆　膈肌痉挛，可造成呕吐、失眠和疲惫。

（3）心血管系统。

高血压　高血压最终导致心脏、肾脏或血管损害。

心动过速　心率加快而无节律。

偏头痛　剧烈的头痛，通常有预兆，并伴有呕吐。

雷诺氏病　小血管痉挛收缩，多见于手指，造成发凉和麻木。

心绞痛　由于血管暂不能充分地供应心肌以含氧的血液，引起突然的胸部剧烈疼痛。

心肌梗死　由于冠状血管的病变而造成心肌突然的损害，往往造成死亡。

（4）内分泌系统。

甲状腺机能亢进　甲状腺激素过多，常造成活动的过多、神经

	质及体重减轻。
甲状腺机能低下	甲状腺激素不足，常引起呆滞、肥胖和疲乏无力。
糖尿病	糖代谢障碍，有过分口渴、虚弱无力和体重减轻等症状。

(5) 皮肤。

荨麻疹	通常是隆起的、条块状的、发痒的皮肤病变成批地出现。
湿疹	表现为发红、结痂、渗出和剥脱的一种皮炎。
牛皮癣	一种慢性皮肤病，往往表现为发亮的鳞屑样斑。
皮肤瘙痒症	瘙痒，尤其在夜间更甚，经常侵及腿部及外阴部。

(6) 生殖泌尿系统。

阳痿	男性阴茎不能勃起或勃起时间过短。
阴冷	女性缺乏性欲或达不到性高潮。
月经失调	指月经失去规律或痛经。
性交困难	性交疼痛，常由于阴道痉挛所致。
排尿障碍	遗尿、尿痛、尿频、尿失禁。

(7) 肌肉骨骼系统。

痛性痉挛	颈、腰、肩、腿及头部肌肉的紧张和疼痛。
关节炎	关节疼痛和肿胀，其原因很多。

(8) 其他。

变态反应	
进食障碍	善饥症（进食过多）和神经性厌食。
睡眠障碍	

其他按学科分属于耳、鼻、喉科的心身疾病有：美尼尔氏综合症、咽部异物感等；眼科的心身疾病有：原发性青光眼、眼痉挛、弱视等；口腔科的心身疾病有：特发性舌痛症、口腔溃疡、咀嚼肌

痉挛等；其他与心理因素有关的疾病有癌症和肥胖症等。以上各类疾病，均可在心理应激后起病，情绪影响下恶化，心理治疗有助于病情的康复。这种对疾病的整体观念有助于正确评价生物、心理和社会因素之间的联系，它已成为临床上认识和处理疾病的一种方向。

（二）致病因素和机理

心理生理障碍的致病因素是十分复杂的，既有躯体的生物学方面的因素的作用，如遗传素质，常常构成对某种心身疾病的“易罹患性”；又有社会文化方面的因素的作用，如特殊的社会—文化背景、紧张生活事件等，对心身疾病所起的激发作用，或称“扳机作用”；还有心理学方面的因素的作用，如人格特征、过去的生活经验和当前的心理状态，既可构成心身疾病的发病基础，又可参与对心身疾病的激发作用。总之，这三方面的因素交织在一起，共同起着作用。

1. 社会—文化因素。

社会—文化因素对于心身疾病的重要影响作用，可以从流行病学调查的结果中得到说明。例如冠心病，据调查发现，不同的国家，差异很大，发病率最高的是美国和芬兰等国，其次是希腊、南斯拉夫和日本等国，最低为尼日利亚。据统计美国每年死于冠心病高达60万人，占死者总数的三分之一以上，几乎每分钟就有一人被此病夺去生命。而在尼日利亚，据研究，连续8 000例尸体解剖中，仅发现6例为心肌梗塞，只占死者总数的0.75%。这种差异固然与种族不同，饮食习惯不同有关，但不同的社会—文化因素无疑起着非常重要的作用。又据调查，同样是日本人，移民到夏威夷的比在日本本土的冠心病患病率高得多，而移民到加州旧金山的又比夏威夷的日本人患病率要高。这都说明，不同的社会—文化环境对人的身心健康的影响。

其次，在同一社会—文化环境下，由于人们所处的地位和社会分工的不同，发病率也有不同。我国北京、上海、广州、西安等地的调查结果表明，冠心病的发病率，脑力劳动者比体力劳动者高；

而从事紧张和繁重的脑力劳动者又比一般脑力劳动者高。上海 18 个医疗单位对7 000多名 40 岁以上的人进行普查发现：脑力劳动者中冠心病的发病率为 15.45%，而体力劳动者只占 1.72%。这说明虽然同样生活在大城市，但由于社会分工的差别，使人们日常所面临及处理的问题有所不同，各种问题给人们造成的紧张情绪状态是不同的。

另外，同样的生活事件，由于社会文化背景的不同，其评价和反应也不同。例如，有人比较美国人和日本人对生活事件的评价情况，发现日本人和美国人都同意婚事和丧事是极端的紧张性事件，但对其他事件的看法却很不一致。比如坐牢，日本人的打分就比美国人高得多，而家庭新成员的增加，在美国打分远比日本为高。从这里可见，社会—文化因素本身也是一个非常复杂的变量。

2. 心理—生理因素。

(1) 情绪的作用。

我们知道，在情绪活动的同时将会伴随一系列复杂的体内生理、生化的变化，特别是植物神经系统功能改变。如果是良好的、积极的情绪状态，对个体和身心健康可有促进作用，能为人的神经系统机能增添新的力量，能充分发挥机体的潜能；但如果是不良的、消极的情绪活动，虽然这种情绪活动在短暂的时间内可以动员机体内部的潜能，激发机体对恶劣环境刺激的适应性反应，但总的来说则会对机体产生有害的作用。例如在威胁性的危险情境下，会产生焦虑和愤怒的情绪；造成肾上腺素和肾上腺皮质激素分泌的增加，因而使心率加快，血管收缩，血压升高，呼吸加深，胃肠蠕动减慢等等。如果这种情绪反应是短暂的，情绪状态能很快恢复正常，这种体内的生理、生化变化也会随之复原，身体不会受到影响。反之，如果这种情绪反应受到压抑，得不到必要的疏泄，或持续时间过长，就会使人的整个心理状态失去平衡，受到影响的体内生理、生化变化不能恢复正常，结果就会造成神经系统活动尤其是植物神经功能的失调；持续下去还会导致身体器官的组织或机能的病变。各种心身疾病正是在这种情况下发生的。

关于心身疾病的心理生理学理论正是以以上的事实为基础确立起来的。沃尔夫（Wolff）等人经过三十多年的研究，认为有一类躯体疾病，情绪因素在其中起着主要的作用。这些疾病的主要症状往往局限在由植物神经系统的某一器官或系统内。他们采用精细的科学实验的设计，用数量来表示研究的变量，强调有意识的心理因素对躯体生理过程的影响，并注意到中介机制的研究。沃尔夫曾对造瘘伴有胃粘膜疝的病人进行观察。发现情绪愉快时，粘膜分泌和充血增加，胃壁蠕动增加；悲伤、自责和沮丧时，粘膜苍白，分泌减少；焦虑时，粘膜充血，分泌增加，运动增强；攻击性情绪时，粘膜分泌和血管充盈都大为增加，运动亦有增强。因此，他们认为，心身症状正是伴随情绪状态的生理功能混乱的表现。在愤怒情绪状态下，血压升高本来是正常的生理过程，但如果这种愤怒受到压抑，长期不能发作出来，变成了慢性的愤怒，患者情绪上的紧张不能平息，血压也降不下来，从而就可导致高血压症；而如果这种慢性的情绪紧张通过植物神经系统而刺激胃肠的平滑肌活动和胃液分泌活动，则这个系统也会出现相应的生理障碍。

（2）心理动力的作用。

在人的一生中都要经历许许多多动机的矛盾冲突，由于动机的冲突常常牵动着巨大的也可能是持久的情绪体验，因此它对人的身心健康也有着非常密切的关系。心理动力学者大多从这个角度来解释心身疾病发生的机理。

在研究心身疾病方面最早、最著名的是阿力克山大（F. Alexander），她主张心身疾病的发生是由于心理矛盾冲突在幼儿期被压抑而在成年时被某些环境刺激因素再次激活起来的结果。阿力克山大认为个体在早年时期的攻击行为方式总是伴有某些可能变为心理症状的生理反应。例如她力图去解释胃溃疡的发生就是由于个体把幼儿时对喂养的渴望和儿童期希望得到爱及依赖感情两者象征性地等同起来造成的结果。当人从幼童成长成为成年人的时候，原已存在的儿童期的爱和依赖性的需要就同成年人对独立性和自信的需要发生冲突。当这些冲突在成年期重新唤起，它们就激活原先与

某种情感相联系的胃肠系统的分泌活动，结果造成胃酸过多，这就是消化性溃疡。这种假设有时称为阿力克山大“特殊情绪假说”。

自从这种假说问世以后，人们就用它来解释许多的心身疾病。但是要从回顾性临床报告中找出可以同精神分析假说相一致的证据却并不容易；而且，这一假说尤其缺少对照的实验证据的支持。彼德斯等曾让一些具有高度暗示性、处于催眠状态的被试者体验仇视、怨恨和孤立无援的心情。本来预计会出现某几种较典型的作为心身疾病的皮肤病。尽管被试者都训练得很好，并且重复了许多次，所预想的心身疾病却没有发生。因此心理动力学解释仍存在很多问题。

3. 行为因素的作用。

人的行为是对一定的外界刺激情境的反应。这种反应往往是通过学习得来的。根据行为理论，认为人的行为包括外界的，即由随意神经系统支配的躯体的外部反应活动；也包括内隐的，即由不随意神经系统支配的躯体内部反应，即各种内脏器官和腺体的反应活动。他们认为不仅是外显的行为可以通过学习得来，而且内隐的行为也能通过学习得来；同理，不仅是正常的行为能够通过学习获得，异常的行为也可以通过学习而获得。这里起关键作用的因素是强化或奖励。许多行为理论家也就试图用这种见解对心身疾病的发生和发展进行解释。这种观点的最积极的支持者是拉茨曼（Lachman）。他主张心身障碍是从对紧张刺激的生理反应中学习得来的。各种特殊的自主神经的反应都可以在不同强化的基础上习得，而当心身障碍一旦在强化的基础上发生以后，即使个体已经脱离了紧张刺激情境，但只要在类似的刺激情境下，这种障碍仍可发生或者持续下去。这种现象，拉茨曼称为自主反应学习。例如，由于出现了胃肠不适就被允许留在家里而不必去上学或上班，这样个体就受到了奖励；而且在家庭环境里，个体可以受到特别的照顾、关怀和爱护，从而就增强了胃肠的反应，并进一步导致胃肠疼痛，出现胃或十二指肠溃疡。这是自主神经反应可以在学习过程中由于强化作用而被选择性地习得的例证。

还有一种现象称为恶性循环效应。拉茨曼认为，一种心身症状可以产生导致加强心身疾病本身的严重程度的内隐反应。例如对胃溃疡的焦虑情绪反应作为有害刺激可以造成包括胃酸分泌增多在内的一种内隐反应；这种反应强化了溃疡的条件，从而进一步使溃疡病情加重；病情加重又进一步使焦虑情绪反应加强起来；如此循环反复就使溃疡病情不断恶化。

4. 行为类型与人格特征的作用。

每一个人都有自己独特的行为类型和人格特点，这在人与人之间是千差万别的。但是其中又有共同的方面。它们对于人体疾病，尤其是心身疾病的发生、发展和病程的转归都有明显的影响。同样的致病因素作用于不同行为类型或人格特征的人，就可能出现非常不同的结果。国外有人把某些心身疾病和某种特殊的行为类型联系起来。如表4-1。

表4-1 人格与心理生理疾病

疾病	人格特征
哮喘	过分依赖、幼稚，希望被人照顾，对别人、对自己在感情上都是模棱两可的
背痛	性的矛盾，被压抑的愿望失去控制
结肠炎	听话、强迫性、抑郁、矛盾、吝啬
心脏病	忙碌、好争斗、急躁、善于把握环境
荨麻疹	渴望得到情感、罪恶感、自我惩罚
高血压	好高骛远、愤怒被压抑、听话
偏头痛	追求尽善尽美、死板、好争斗、妒忌
溃疡病	依赖、敌意被压抑、情感受挫、雄心勃勃、有干劲

美国医学家弗里德曼和罗森曼等人在研究心脏病时，把人的行为类型分为两种，即A型和B型：A型的人急躁，没耐性，争强好胜，易激动，行动快，做事效率高，整天忙忙碌碌，常感时间不够。B型的人刚好相反，悠闲自得，不好争强。结果，在食物、年

龄、吸烟等因素相仿的情况下，A型组的冠心病病发率明显高于B型组，而且容易复发；死亡率也大大高于B型组。

人的行为类型或人格特征，所以能对人体疾病，尤其是心身疾病有明显的影响，是因为病人的人格特征既可作为许多疾病的发病基础，又能改变许多疾病的过程；甚至往往比引起该病的病原学性质更能决定疾病的表现。这也是因为病人常常是依其人格来体验疾病并建立对紧张应激的反应形式。所以，同样的疾病发生在不同行为类型或人格特征的人身上，病情表现、病程长短和转归的结果都可能非常不同。我们在研究各种心身疾病的病因，病程转归以及治疗、预防的时候，都不应忽视人格因素的作用。

（三）常见的心身疾病举例

1. 原发性高血压症。

原发性高血压症是一种公认的心身疾病。它约占所有高血压病人的90%左右。

高血压症和冠心病一样是心血管疾病中的多发病。据流行病学调查，高血压症作为一种常见病，估计全世界成年人中约有10%的人患有此症。一般情况是：工业化国家高于发展中国家；城市高于农村；男性高于女性；脑力劳动者高于体力劳动者；还有随年龄增长而增高的趋势。

由于高血压症发展到晚期常常并发脑溢血、脑栓塞、冠心病和肾功能衰竭等严重威胁生命的心脑血管的并发症，或被认为是脑猝中和冠心病的危险因素，因此，高血压问题受到全世界人们尤其是医学界的普遍重视。

造成血压升高的因素是多种多样的。据研究认为人的血压可以随着摄盐量、体位、姿势、运动、噪音、疼痛、情绪、吸烟、饮食、冷热、环境改变、谈话内容等因素的变化而变化。而且血压还可以随着人在每天当中行为状态的变化而变化。有人用携带式自动血压记录仪测试表明，无论是常人还是高血压患者，也无论是否服用降压药，夜间人睡以后，都可下降20%的血压。由此可见，引起高血压的原因是很复杂的，特别是原发性高血压症，究竟是什么

原因造成？与哪些因素有关？目前还未搞清楚。现在一般认为，原发性高血压症的发生与下列一些因素有较密切的关系。

（1）生物学因素。

第一是遗传，已有不少的调查研究证明，原发性高血压症病人往往有阳性家族史。有人调查结果认为：父母一方为高血压患者，子女的发病率为25%左右；父母双方均为高血压患者，子女发病率可高达40%。这是先天遗传因素带来的高血压素质的影响。第二是摄盐量，据我国心血管病流行病学调查发现，食盐摄入量过多的地区，高血压症的发病率也高。我国高血压症之所以北方高于南方，而北京地区又特别得高，都与此有关。但也有人提出不同的看法。第三是肥胖，有人研究认为，肥胖者的高血压症发生率是正常人的2~6倍。据观察，体重增高确实会伴随血压的改变，即每增加20磅，舒张压就增高4mmHg。但肥胖也并非必然的原因，因为许多的肥胖者并不罹患高血压症。

（2）心理—社会因素。

调查研究表明，人们在生活过程中所遭遇到的生活事件，以及不同的社会结构、不同的经济条件、不同的职业分工等对人的血压都会有明显的影响。例如，发达国家比发展中国家的发病率高，这是由于不同的社会结构造成的；城市比农村高，是由于经济条件的差别造成；脑力劳动者比体力劳动者高，以及在工作上要求紧张度比较高的职业如汽车、电车司机、飞机场调度员、消防队员等发病率也高，这是职业分工不同造成的；在失业和待业人员中高血压发病率特别地高，在美国黑人比白人发病率高，同样是黑人，生活在西方社会比生活在非洲本土发病率明显地高，这些差别是由于社会经济地位不同造成的。

动物实验也表明，把一群棕鼠放在一个处于持续性相互争斗和争夺食物的笼子里，即制造所谓紧张心理社群环境，这样使大多数棕鼠发生高血压症。还有这样的实验，把一只猫放在一个特别的笼子里，里面有一个压杆，每当猫压一下杆就可得到喜爱的食物，但同时又受一次电击。猫每一次都只好提心吊胆地压杆，又想得到食

物，但又怕电击，始终处在矛盾的紧张的心理状态下，常常是干瞪眼不敢压杆，时间一长，就发生高血压症。

(3) 情绪因素。

情绪变化对于血压的影响是特别明显的，长时间的紧张情绪往往是造成血压持续升高的直接原因。例如焦虑、紧张、恐惧、愤怒、抑郁等都能导致血压升高；而与高血压症关系最密切的是焦虑、愤怒和敌意等情绪状态。据研究，焦虑、恐惧时由于心率输出量增加，血压升高以收缩压为主；愤怒和敌意时由于外周动脉阻力增加，以舒张压升高为主。进一步的研究发现焦虑和愤怒情绪如果能发泄出来，血内去甲肾上腺素的浓度升高；焦虑和敌意情绪被强制压抑，则血内肾上腺素和去甲肾上腺素水平都要升高。故被压抑的愤怒和敌意情绪被认为可能是引起原发性高血压症的重要心理因素。

(4) 性格因素。

20世纪60年代初期，心理研究所对高血压症的发生、发展进行了研究，提出高血压症病人大多有容易焦虑、易于激动、行为带有冲动性、求全责备、刻板主观等性格特点。现在西方医学心理学的研究则认为原发性高血压症病人具有与冠心病病人类似的性格特点，如有雄心、好高骛远、好活动、有竞争心、为取得工作成就而常常感到压力等。还有人认为这种病人容易暴露自己的思想和情绪，过分地耿直而又较为固执保守，多疑敏感、自卑胆小，常有不安全感，等等。

从以上的各种因素来看，原发性高血压症的形成原因是很复杂的。因此，应从综合角度，即遵循生物—心理—社会模式来进行分析。概括起来，可以说原发性高血压症是在遗传上具有高血压素质的人身上，由于他的独特的人格特征，使他在生活过程中容易受社会紧张刺激的影响而引起较大的情绪变化，并通过交感神经系统为中介引发了反复的血压升高反应，从而导致了高血压症。总之，心理—社会因素在原发性高血压症的发生、发展上有着重要的作用。

2. 偏头痛。

偏头痛是一种比紧张性头痛更为强烈的慢性头痛。主要表现为一侧跳动性复发性头痛。可侵及头、舌、颈的任何部位，最常见的是半侧前额，一侧太阳穴或眼眶周围。发作前或发作期间伴有恶心、视力模糊、食欲不振、对光和声响极端过敏及情绪变化等。

偏头痛患者大多是妇女。病因学上主要与情绪和生物学的因素有关。其中情绪因素在发病上起重要的作用，特别是愤怒、焦虑和挫折情境，以及其他与生活情境密切相关的情绪。这是由于情绪刺激而引起颅内动脉收缩，头皮血管扩张，导致疾病发作。发病一般开始于早期生活中的紧张刺激因素，如升学或参加工作、受到批评、工作受挫等。此外，遗传因素也起作用，有人发现单卵孪生子中偏头痛有非常高的同病率。

偏头痛患者常见的人格特征是敏感多疑、固执己见、谨小慎微，很容易烦恼，习惯于把愤怒、敌意或怨恨压抑在心里。这种想说但又憋着不说的内心冲突，往往激发了偏头痛发作。因而，有人认为，偏头痛病人的发作，是公开表示自己的愤怒、不满、怨恨等感情的一种转换性方式。

3. 消化性溃疡。

消化性溃疡是胃壁或十二指肠呈现局部性的溃烂性病灶，这些病灶的出现是由于消化液造成的。消化液的正常功能是对食物起分解作用，但在病人身上却起了侵蚀和损害胃及十二指肠内壁的作用。大多数消化性溃疡都是消化液分泌过多的结果；当然胃组织缺乏保护性的化学过程，也起一定的作用。溃疡病的重要症状表现是进食后几个小时或空腹时胃部持续疼痛。

紧张情绪刺激被认为是造成消化性溃疡的重要原因。有人用动物进行研究，把一群大白鼠或猴子放进一个笼子里，制造一个互相倾轧的环境，同时让它们忍受无法逃避的电击，或者让它们不能停下来休息，结果动物往往都发生溃疡病。

在日常生活中，人们都会体验到，当情绪愉快、心情舒畅时，即使是清茶淡饭，也吃得香甜；但在沮丧、悲痛或愤慨情绪状态

下，即使佳肴美酒，也会感到食而乏味。这是情绪对胃肠消化功能的影响。因此有人认为，溃疡病的发生，是由于人在长期的不良的情绪激动状态下，通过内分泌的中介作用，使胃液分泌持续升高，造成充血的胃粘膜脆性增加，从而发生胃及十二指肠内壁的糜烂病灶。

此外，还有人发现，消化性溃疡病人的人格特征一般表现为不好交往，行为上总是因循守旧、被动、顺从、依赖性强、缺乏创造性、情绪不稳定，而且过分关注自己。

消化性溃疡与遗传因素也很有关系。塞伦发现，十二指肠溃疡病患者的父母及同胞兄弟姐妹中，溃疡的发病比一般人高 2~4 倍。还有人研究发现，新生儿的胃蛋白酶水平在量上有明显的判别，分泌量多的婴儿，成年后往往患有溃疡病。这个发现说明，某些人由于先天性的消化液分泌过多，造成了比别人更易罹患消化性溃疡病的后果。

4. 支气管哮喘。

支气管哮喘是一种呼吸系统的疾病，主要表现为呼吸道粘膜肿胀、痉挛变窄而引起的呼吸困难。在不发作时，多数病人呼吸正常。发作时通常比较急，先是感到胸部发憋，随后即出现咳嗽和喘息，持续时间短可达几分钟，长则可达数天。症状可轻可重，严重时，病人可以再现为呼吸困难，以致需要急诊治疗。支气管哮喘有两种主要类型。一种是外源性的，可以找到某些使人过敏的物质，称之为过敏源，如花粉、灰尘、动物气味、食物的化学成分等，即由于这些物质可以诱发哮喘发作。另一种是内因性的，一部分可以是由于呼吸系统感染，如感冒或气管炎造成，一部分则可能是由于情绪因素所致。

引起哮喘发作的因素有时是很复杂的，到底是过敏源的作用还是情绪因素的作用或是其他心理因素的作用，并不容易分辨清楚。例如有一位病人由玫瑰花粉引起了哮喘发作，后来只要靠近与玫瑰一样颜色的假玫瑰花跟前就可诱发哮喘发作。有的具有明显过敏性或感染性基础的哮喘病人，却只要有强烈的情绪波动或其他心理刺

激都能引起发作。还有的病人引起哮喘发作的刺激因素还可以扩大或发生改变，原来的那些诱发因素已经不起作用了，却又出现新的诱发因素。

支气管哮喘常发病于童年时期，因此，有人认为这可能与家庭关系特别是母子关系有关。这是由于孩子的妈妈对孩子过分关心和溺爱，或者过于约束，造成了孩子过分依赖的性格特征，并可能由于操作条件反射作用使孩子对于某种过敏源产生变态反应，从而导致了哮喘病。有人观察发现，患有哮喘的孩子，只要离开家庭，脱离了母亲，哮喘症状几乎都有所好转。当然这也可能是由于脱离了家庭里所存在的过敏源或其他刺激因素有关。但可以肯定心理因素在其中起着重要的作用。

关于哮喘病与人格特征的关系，有人研究认为这种病人的人格一般表现为具有较大的依赖性，总是希望得到别人的关照，容易产生焦虑情绪，具有较强的暗示性等。但也有人研究认为并没有发现哮喘病人有什么特殊的人格特征。因为各种各样的人格和家庭背景的人，都有可能患有哮喘病。

（四）诊断与治疗原则

1. 诊断标准。

心身疾病的诊断要点如下：

① 确有某些心理因素存在；

② 这些心理社会因素与疾病的发生在时间上有密切联系；

③ 病情的波动与加剧同样与心理社会刺激有关；

④ 一定的个性特征成为对某些疾病的易感因素；

⑤ 心身疾病与焦虑性神经症、癔病、疑病症等神经症相分别。

2. 治疗原则。

心身疾病的治疗必须从生物、心理和社会等方面作综合性治疗，即一方面需要各科医生针对具体的器质性病变施以医学治疗，一方面又必须对患者的心理社会环境情况有所了解，结合心理治疗的方法彻底治疗此类疾病。常用的心理治疗包括精神分析、认知疗法、森田疗法、音乐放松治疗等。

第五章　焦虑性心理障碍

焦虑性心理障碍，又称神经官能症，这类心理障碍的共同特征是：焦虑是其核心的症状，而内心的矛盾冲突是其主要的原因。具体来说，焦虑性心理障碍包括各种神经症、身体症状性障碍和解离型异常等。本章将围绕这三类心理障碍进行讨论，分别阐述其临床表现和诊断标准，同时对焦虑性心理障碍的一般成因及治疗取向作了概括。

一、焦虑障碍

（一）焦虑和焦虑障碍

什么是焦虑，心理学和精神医学上至今没有精确的定义。一般认为焦虑是由紧张、不安、焦急、忧虑、担心、恐惧等感受交织而成的复杂的情绪状态。美国的迈耶－格罗斯等人从临床的角度对焦虑作了较为完整的描述，他们把焦虑反应看做是带有不愉快情绪色彩的正常的适应行为，把它们描述为包含着对危险、威胁和需要特别努力但对此又无能为力的、苦恼的、强烈的预期。在生理上表现为：自主神经系统活动增加，肾上腺素输出量提高，血压和心率增强，皮肤出汗，面色苍白，口干，呼吸加深、加快，肌肉失去弹性，大便和小便的频率增加等。如果这种状态持续相当长的时间，那么坐立不安的运动就开始，而且会进一步影响到消化和睡眠。因此，个体出现焦虑这种情绪状态时，一般都伴随有生理、行为及认知方面的异常反应。

在日常生活中，我们每个人都会感到焦虑、担忧和害怕。在大多数情况下，这些情绪反应是恰当的，不会造成身体和心理的损害，甚至有利于我们的生存。焦虑、担忧和害怕，作为应激情况下

出现的一种正常的反应，仅在反应过分强烈或焦虑体验与事实严重不相符时，才会产生危害。例如，在荒野里遇见一只老虎时，我们会感到焦虑，体验到紧张和害怕，这种反应完全是有益的，它能激发和调动个体能量以应付外来的突发事件对生命的威胁，从而增加个体生存和延续的机会；但如果我们在动物园里看到了关在铁笼里的老虎时，还会产生类似的反应，那这种反应是过分的、有害的。当焦虑严重、持续且破坏到正常的生活时，就可能是焦虑障碍的前兆。

焦虑障碍是以焦虑为主要表现的一种神经症，具体表现为持续性紧张或发作性惊恐状态，但此状态并非由实际威胁所引起；或其惊恐程度与现实事件不相称。由于焦虑是一种极其复杂的情绪状态，理论界对其进行真正、系统的研究始于 1895 年弗洛伊德第一次提出焦虑性神经症这一概念，因此，目前从定义上尚难以将正常焦虑和病理焦虑区分开来，一般是根据具体的临床表现去描述焦虑障碍的。焦虑障碍并非指单一的心理异常，而是多种与焦虑有关的心理异常的总称。DSM－Ⅲ 中将焦虑障碍主要分为：广泛性焦虑障碍（又称泛虑症）、恐怖症、强迫症、创伤后应激障碍。

（二）广泛性焦虑障碍

到目前为止，心理学和精神医学上所描述的各种焦虑性心理异常的核心都是焦虑体验，但在其他形式的焦虑异常中，个体都会采用一定的防御机制以降低带来痛苦的焦虑。而在泛虑症中，这种防御机制并不健全，个体的主要症状是焦虑本身，个体的威胁感和焦虑不安表现得非常明显。

泛虑症的特征是：①持续性，广泛性焦虑障碍是持续存在、而非发作性的，个体的病态烦恼心情至少持续一个月之久。这种持续性的焦虑会从身体和心理上慢慢地折磨着患者；②弥散性，广泛性焦虑是弥散而非集中的，个体有急性的或慢性的焦虑体验，但这些体验都不是来自某种具体的威胁，患者本人无法说出焦虑的合理理由，因此其又被称作“游离性焦虑”；③由前两者引起的身体和心理上的持续不适，广泛性焦虑会使个体产生许多非特定性反应，例

如发抖、极度不安、紧张、出汗、头晕目眩、恐惧情感、烦躁等。以下是一位患者的主诉，从中我们可以进一步体会上述特征："我每天总是提心吊胆，难以放松，每时每刻都感到全身酸痛，肌肉紧张，心里想的几乎都是令我担忧的事，但这些事非常零散，说不清具体指哪些。几个月来，这种状况一直缠绕着我，使我烦恼，注意力无法集中，以至于难以入睡，无法正常工作，身体健康状况也不佳。这种状况已持续了半年多，我沮丧极了，不知这种糟糕的状态何时才能结束……"

患有广泛性焦虑的个体大多数时间里生活在一种紧张、忧虑和恐惧不安的生活中：他们对人际关系非常敏感，并经常表现出信心不足和抑郁；他们难以集中注意力，难以作决策，总是过分地担心会出差错以及后果；有时尽管事情做得非常顺利，他们也会紧张不安，即使不再担心已经顺利完成的事，他们也会找到其他的与已有关或无关的事去担心；他们在晚上入睡前仍不能从白天的忧虑中解脱出来，他们通常会反复回忆各种目前的或过去的，真实或想象中的失误……这种恐惧、幻想、过分的敏感以及无端的担心会使他们一直处于一种不能放松、失望和不满的状态中。他们的紧张不安还反映在躯体运动姿势刻板、僵化上：如眉毛皱起、脸部扭曲、肌肉紧张等；生理的反应明显：头昏、心跳加快、尿频、腹泻、手脚发冷、出汗等；对意外刺激反应强烈。

为什么会出现这种持续的广泛性焦虑呢？一种普遍的观点是，由于个体对多种生活环境的担忧或对各种现实危险性的错误认识，直接导致了广泛性焦虑症。美国心理学家贝克等（1974 年）研究了 32 位焦虑性神经症患者的症状，发现他们的焦虑水平与他们对伤害的不现实期望和幻想有关。所期望或幻想的伤害越严重，他们的焦虑水平就越高。患者的期望和幻想包括各种躯体的和心理的被伤害的危险，例如遇上事故、生病、受到人身伤害、被别人侮辱或拒绝等。研究者们还发现，患者的期望和幻想往往与他们的过去经验有关。例如，一位妇女的母亲死于心脏病，于是她就特别担心自己也会得心脏病。

在广泛性焦虑障碍中会间以急性的焦虑症状出现。在DSM－Ⅲ中，这种急性的焦虑被列为单独的一类，称之为惊恐发作。急性焦虑通常是在没有任何明显诱因的情况下突然发作，达到极高的程度，然后缓解。症状表现因人而异，但都会感到莫名的紧张恐惧，有一种濒死感，并伴有心悸、心前区疼痛、呼吸困难、头昏、昏厥、震颤、多汗、腹泻、尿频等生理反应。惊恐发作可能持续几分钟到数小时，常常自行终止，但可能再次发作，发作的严重程度也不同。

（三）恐怖症

恐怖症是个体对某些特定事物、特定情景或要从事的特定活动产生强烈、持久的恐惧，并主动采取回避的方式来解除这种焦虑不安的焦虑障碍。恐惧症之所以被视为焦虑障碍之一，是因为患者每次遇到引起他恐惧反应的情境时，就同时会产生焦虑反应，但恐怖症患者所表现出来的焦虑是由特定刺激情境激活的，因此又区别于广泛性焦虑。

恐怖症作为一种心理异常，它与一般的害怕或恐怖是有明显区别的。面对危险的情境，如火灾、地震、建筑物突然倒塌等，个体感到害怕并产生逃避反应是正常的、有利的；但对正常人而言，一些对象根本不可能引起恐惧，或者恐惧的程度很轻，完全可以自我控制的，如面对一个手拿木制玩具枪的男孩，一只小花猫，动物园里的大型动物等。而恐怖症患者的恐惧则显得不切实际，极度夸张，尽管患者也能从理智上认识到这种恐惧是完全没有道理的，但由于无法控制恐惧感，患者总是尽量回避引起其恐怖的对象，因此，恐惧症患者是对不该恐惧的事物而过分恐惧。

在临床上，恐惧症的主要特征是：①某种外在（体外）的客体情境引起强烈的恐怖；②患者明知过分、不合理、不必要，却又无法控制；③患者发作时往往伴有明显的焦虑不安及植物性神经症状，如出汗、心悸、面红或气短或气促、头晕甚至晕倒、颤栗；④因尽力回避所恐怖的客体或情境而影响患者的正常生活或工作，回避行为越明显说明病情越严重。在DSM－Ⅲ中，恐惧症被分为三

种主要的类型：简单恐怖症、广场恐怖症和社交恐怖症。

1. 简单恐怖症。

简单恐怖症是恐怖症中最常见的一种类型，也称物体恐怖症，是患者面对特定对象或情境所产生的害怕。恐惧的对象各式各样。根据这些恐惧对象，简单恐怖症又通常被分为三类：动物恐怖症，尤其是对狗、猫、蛇、鼠的恐惧，偶尔也有对鸟和昆虫的恐惧，如对老鹰、蜜蜂、蜘蛛等的恐惧；伤害或疾病恐怖症，如见到血就产生莫名的惧怕等；非生物性恐怖症，如害怕登高、坐飞机、暴风、雷电、黑暗、拥挤、幽闭等。许多正常人也经常会有类似恐惧症的感受，但真正的简单恐怖症患者的反应非常极端，都竭力逃避恐惧源。

2. 广场恐怖症。

广场恐怖症不仅指对公开场所发生恐怖，而且对人群集聚的地方产生不合理的恐惧，因而逃避外出，更不敢参与旅游之类的活动。患有这类恐惧症的人担心在人群聚集的地方不易离开；恐惧自己会晕倒或发生其他例外，而身边却没有亲人或朋友相助；幻想在公众场合下，自己会不能自控地表现出愚昧或过激行为，因此，他们在多数情况下不愿意离开家门，更不敢轻易去公共汽车站、火车站、书店、超市等人多、拥挤的场所；理发时，或者偶尔去看一场电影，患者也不愿坐在任何不能迅速离开的地方，即使这样，他们仍会感到焦虑不安或烦躁。这种恐怖主要是对观念中即将发生的危险的一种不良预期，预感到自己或所爱的人或财产将会发生可怕的后果。

3. 社交恐怖症。

社交恐怖症不同于简单恐怖症和广场恐怖症，它表现为对社交场合和与人接触的持久的强烈恐惧和回避行为，在社交场所感到害羞、局促不安、尴尬、笨拙、迟钝，进而怕进教室、会议室，怕在人前抛头露面等。社交恐怖症的基本特点是恐惧暴露在可能被他人评价的场合。怕见人脸红被别人看见，或坚信自己脸红已被他人察觉，故焦虑不安者，称为赤面恐怖症；而害怕与人对视，怕人家看

出自己眼神不好，或自认为眼睛的余光在窥视别人因而不宁者，称为恐人症。社交恐惧情绪出现时，患者会出现一系列的心理、行为和生理方面的异常反应，心理方面：出现焦虑不安、反应迟钝、暂时性遗忘，严重时会产生心力委顿和自我失控感，失败的交往会持续影响患者的心情，并使其自信心受挫；行为方面，动作僵化、变形，语言断续不流畅、甚至会出现口吃现象；生理方面，脸红、心跳加快或发慌、心悸、气短、发抖、出汗、呼吸困难等。这些反应在大多数情况下会对患者的人际交往活动产生负面影响。

恐怖症的产生原因，一般认为与童年时期的特殊恐怖体验有关。过去的痛苦的经历被压制到潜意识中，到成年后由于某种因素的诱发，继而产生与过去体验有关的恐怖症。社交恐怖症则多见于性格过分内向、场依存性高，以及对自己有不切实际期望值的个体。另外，社交恐怖症也与个体的人际交往方式、认知特点和归因风格有关。

（四）强迫症

强迫症是指患者强迫自己反复完成某些特定的动作，或强迫自己思考某些特定的观念或想法为主要症状的一种焦虑障碍。有强迫性想法和强迫行为的个体，在其想法或行为中得不到任何满足，患者虽然也意识到这种强迫观念、意向和动作是不必要的，但不能为主观意志所控制，因此感到痛苦和不安。强迫症的临床表现主要有以下几种类型：

1. 强迫观念。

①强迫性怀疑。患者对业已完成的事仍然放心不下，如信已寄出，却总是怀疑是否贴了邮票；医生开了处方后，却总是怀疑剂量是否过小等。

②强迫性回忆　患者对于往事、经历不能摆脱地反复回忆，明知缺乏实际意义，没有必要，但这种回忆还是不断萦回在脑海里。

③强迫性联想。对于所见所闻的某一事物，患者总是立刻联想到接近、相似或相对立的事物。如看到影视剧中的人物被害，就不由自主地想到自己也有被害危险或自己将要行凶。

④强迫性穷思竭虑。对一些缺乏实际意义的问题或日常生活常识无休止地思索、追究。如，人为什么要吃饭，一加一为什么等于二等。

⑤强迫情绪。强迫情绪指患者对某些事物担心或厌恶，明知不对，却无力自拔。如担心自己会伤害人，会说错话或做出不理智行为或担心自己受到细菌感染等。但如果患者只对一固定物品或场境出现恐怖，则应诊断为恐怖症。

2. 强迫动作。

①强迫意向。患者总是出现与正常意愿相反的欲望和冲动。如走在桥上总有往下跳的想法，看到菜刀就想到杀人，一上床就习惯性地产生尿意，哪怕刚从卫生间出来。有时，人们也将强迫意向视为强迫观念的一种。

②强迫洗涤。怕不清洁而罹患传染病，患者接触了某物后，则要反复洗手，有时洗出血来仍不满足。除强迫洗手外，还有强迫洗衣、洗澡等。

③强迫记数。患者不可克制地记数，如遇到电线杆、窗户、台阶等，若不记数，患者就会感到烦躁不安。

④强迫性仪式动作。患者总要做一定的动作，以此象征着吉凶等。

强迫症是心理社会因素在人格素质基础上作用而造成的。强迫症患者大多有个性方面的缺陷，如力图保持自身和环境的严格控制，或者表现为循规蹈矩、缺乏决断、犹豫不决、依赖顺从、或者表现为固执倔强、墨守成规、宁折不屈以及脾气急躁。这种性格特征使得人在生活中遭受心理社会因素刺激和压力，如工作、生活环境的变迁，责任的加重，家庭不和，性生活不协调，亲人丧亡，突然惊吓，担心意外等，就容易引起强迫症状。所以，心理社会因素是强迫症的诱因。

在致病机制方面，精神分析理论认为强迫症状是自我压抑本能冲动，这两种力量相互冲突，压抑不能完全成功，本能冲动也不能以其原始形式显示于外，于是达成妥协，让本能欲望以化装的形式

表现出来或得到满足。因此，症状是本能欲望的满足。行为主义者认为，强迫行为最初是一种操作反应，此反应由于能减轻焦虑而受到负强化，此后便固定下来。

二、身体症状性障碍

躯体症状性障碍，又称体化症，是指由心理上的异常转化为身体上的症状，但在生理上却又找不出病因的一类心理疾病，也是一种以焦虑为基础的神经症模式。患有这类心理疾病的个体通常很关注自己的健康状况，并怀疑自己身体的某个器官出了毛病，尽管没有任何器质性病变，他们仍然坚信自己的症状是真实的、严重的；患者很多时候确实失去一些器官的功能，范围从个体认定身体患有某症状而使特殊的感觉或运动神经失去功能，到对于痛苦非常敏感。根据 DSM－Ⅲ 中的分类，躯体症状性障碍有以下四种主要类型：转化症、疑病症、心因性疼痛、躯体化障碍，其中转化症是临床上最常见的躯体症状性异常。

（一）转化症

转化症，旧称歇斯底里症或癔病，是指由心理上的问题转化为生理机能障碍的现象。其特点是在没有任何器质性病变的基础上出现某种机能障碍或失去对此的控制能力，它也是变态心理学中最复杂的问题之一。转化症的主要症状为：麻痹、痉挛或发作、失声、失明、失聪等。这种心理异常几乎都是发生在压力非常沉重的环境下，如战争、失亲等，病情发作非常突然；一般转化症患者对自身症状似乎并不特别在意，在情绪上也没有明显的因身体局部功能丧失而沮丧。

转化症的症状范围几乎与所有的躯体疾患的范围一样广泛。为了研究的方便，一般将它们分为三类：感知觉症状、运动症状和内脏症状。

1. 感知觉症状。

最常见的有以下几种：

(1) 感觉迟钝，正常情况下应该立即产生感觉的，患者或者根本没有感觉或反应极慢。

(2) 感觉缺失，患者失去部分感觉，如有一类患者丧失听力，但其听觉系统完好，而其他感觉正常。

(3) 感觉敏感，正常人根本无法听清的极低的声音患者能听清。

(4) 痛觉缺失，患者失去痛觉，如以针刺其麻痹部位，患者不表现疼痛反应。

(5) 触觉异常，患者表现出特异的感觉，如针刺感、胀痛感等。

2. 运动症状。

具有运动症状的个体，其身体的任何肌肉都可能产生症状：手臂、腿、声带等。发抖、抽搐以及没有组织地移动或瘫痪等都是其典型症状。转换性瘫痪反应通常只限于一侧肢体，而且机能丧失也是有选择的。例如"书写痉挛"患者不能写字，但能使用同一组肌肉从事其他活动。最常见的转换性言语障碍是失音症和缄默症，即病人只能用很小的声音说话和病人根本无法说话。令人称奇的是，失音症的病人在咳嗽时可以发出与正常人相同的声音。失音症通常发生在个体受到强烈的刺激后。

3. 内脏症状。

吞咽困难、经常打嗝、阵阵咳嗽或呕吐，这些现象在极端的情况下都是内脏症状的表现。这种转化性反应有时会与真正的器官症状极端相似。如在假性盲肠炎发作时，病人不仅会出现下腹疼痛及其他典型的盲肠炎症状，而且会发高烧。文献中有过假性怀孕的报道，患者月经停止，腹部隆起，并会出现早妊症状。

转化症的病因异常复杂，精神分析和行为主义分别持不同的理论假设，给予其不同的解释。弗洛伊德坚持转化症乃是个体内在冲突的结果。个体的潜意识中压抑着一些原始的冲动，这类多与性有关的冲动不为"超我"接受，但因其驱力过大随时都有冲出潜意识的可能，故对个体的意识形成严重威胁。为了解除原始冲动的威

胁，个体不自觉地将身体上某些部位的功能丧失，借以压制原始冲动表现于外的可能性。如某一少年有手淫习惯，因其对手淫的认识有偏差，以为手淫是极其下流而且对身体有伤害的，因此该少年可能会产生有性冲动但又不敢手淫的心理冲突。这种冲突长期得不到解决，就会转化到身体上，最后可能使他手淫的那只手出现麻痹症状，不能自由动弹。患者在潜意识中是期望自己的手不能动弹的，因此，其仍能保持相对稳定的情绪。

行为主义者认为，转化症是患者经由操作制约学习历程习得的不良习惯。起初，患者在偶然情形下，为逃避某种痛苦（如学生逃避考试等），而表现出身体上不适，结果因之暂时逃避了痛苦，这种身体上的不适意外带来的益处因后效强化作用而保留下来，以后出现类似的情境时，个体便不由自主出现这种不适。这种本来不合理的行为或观念因病而被认可的现象在变态心理学上称为"因病获益"，即因病不但被免除了原来的惩罚，而且获得别人的同情与爱护。目前有许多认知心理学方面的实验直接或间接证明：患者并非真的不能看见或听到，患者能接受到感觉信息，只是这种信息被排除在意识之外，无法被进一步加工。

不管具体的起因如何，转换性障碍的潜在动机模式都是类似的，即通过生病来减轻或逃避引起焦虑的紧张情境——把无法忍受的问题转换成一种可以保全面子的躯体障碍。

（二）疑病症

疑病症也是最常见的身体症状性障碍，患者的身体虽然没有真正的不适或疾病，但还是疑虑自己的身体功能，个体往往将正常的身体功能解释成出现了可怕的疾病。

疑病症患者会主诉身体不适感以及胸部、头部、生殖器官等躯体部位的疾病感觉，然而他们却无法精确描述他们的症状特征。患者经过许多诊断或治疗，但每个医生都作出其没有病的诊断，患者并没有因此而减轻疑虑，反而却批评医生并认为其诊断有误。疑病症患者对疾病的态度也异于真正的患病者，他们一方面认为自己得了严重的疾病，另一方面他们表现出来的那种紧张和不安的程度不

如真正的患病者，他们认为自己有病，事实上却没有患他们担心的那种病，但他们确实又不是在装病。

疑病症患者一般比较敏感，他们有意或无意间会接受许多有关疾病方面的知识，但是这些知识往往是片面的，患者并未真正理解疾病的机理和躯体的生理过程，如他们通过看一些普及性的杂志或从其他日常渠道获得这样那样的关于疾病的信息；同时他们敏感的性格也使他们经常关注自己身体方面的细微变化或与他人的差异，一旦出现身体上的不适，他们就会主观地给自己的不适感定性。例如，疑病症患者了解到，发烧是艾滋病的症状之一，因此一旦发高烧，他就会不由自主地担心自己是不是也患了这种病。疑病症患者大都经历了人际关系和工作表现方面的损伤，因此疑病症可以看做是一种病态的人际关系策略，运用这种策略，患者通过了一种躯体疾病掩盖了逃避独立性和责任心的表达，而要求得到照顾和依赖。这也是因病获益的一种体现。

（三）心因性疼痛

心因性疼痛是指在没有明显躯体病变基础的情况下，个体感到严重且长期的痛。DSM－Ⅲ中的报告显示，这类异常发生在女性身上的程度高于男性。患者通常报告疼痛的区域包括心脏或其他生命器官的周围，也可能包括后背或四肢。他们经常去看医生，不仅要证实疼痛，而且还要开药、服药。这种行为即使在医生确诊其没有任何疾病之后仍会继续下去，而且心因性疼痛病人最终可能会出现真的病变，如药物成瘾等。

某些心理学线索可能有助于澄清心因性疼痛的功能本质：疼痛的经验之前有冲突或压力性情境；因疼痛获益的经验；个体一直需要他人的注意，这样过去身体疾病或受伤害的历史就为病人的抱怨找到了借口。

（四）躯体化障碍

这种障碍的特点是个体长期报告自己存在多种躯体疾病，这种障碍既不能解释为躯体障碍，也没有任何躯体方面的损伤。在作诊断时不能仅凭患者的主诉。DSM－Ⅲ中列出了37种症状，它们可

能反映了躯体化障碍的存在。躯体化障碍和前面介绍的疑病症很相似，它们的主要区别在于疑病症往往发生在30岁以后，而且他们往往担心自己得了某种严重的疾病而不仅仅是报告一些明确的症状。

三、解离型异常

成熟个体在正常的意识状态下，各种心理过程之间、单个心理过程和整体人格之间保持和谐一致，这在心理学上称为自我统合。当个体患有精神方面的疾病时，完整的自我趋于解体，思维、情感、意志等心理过程互不协调，个体与周围环境也失去了协调。这种个体人格失去整合，个体的思想、情感、行动三者之间失去协调、各自分裂的心理现象叫做解离。

解离型异常是指个体以解离的心理作用，将存在于个人记忆中的痛苦，或将出现在意识中的欲念与不为社会认可的冲动从意识中解离出去，借以减低个体的主观痛苦。解离型心理异常患者表现出的人格分离现象，代表患者在长期精神压力下，不能承担责任时的一种逃避方式，是一种遭遇挫折时的变态适应。因此，与躯体形式的异常一样，解离型异常也是一种既满足某种需要，又可以逃避紧张的方式。解离型异常包括心因性失忆症、心因性迷游症、多重人格和人格解体。

（一）心因性失忆症

失忆症是指个体无法回忆或辨认出过去的经验或身份。导致失忆症的因素很多，脑内的各种器质性病变会造成个体对过去经验或身份的失忆，一些神经症和重型精神疾病也可能使个体产生失忆症。如果失忆症是由器质性病变或其他心理异常引起的，那么个体往往会出现记忆保持的困难，而且失忆的内容也应该没有材料上的显著差别。在各种类型的失忆症中，有一类失忆现象比较奇特，被“遗忘”的内容并没有真正消失，仍然存在于意识水平之下，并且在催眠状态下或失忆症消失后，可以被个体回忆起来。这类失忆现

象被称为心因性失忆症。

在典型的心因性失忆中，个体不能记起自己的姓名、年龄、住址，不认识自己的亲人，但他们的一些基本的习惯模式，如开车、打球、说话等能力仍然保留了下来，而且除了失忆现象外，其他一切正常。心因性失忆是个体对极端的社会压力下的一种应激反应，这种压力情境较为典型的有：地震等灾难性事件，个人经验过死亡或重大伤害的威胁、个体需要逃避无法接受的打击或无法逃避的生活情境。

心因性失忆症的症状根据失忆的内容可以分为四种类型：

1. 局部性失忆。

患者无法回忆特殊事件的一切细节，这些事件通常指创伤，而且失忆一般发生在创伤发生后的几小时内。典型的例子是，许多被强暴的受害女性无法回忆起被强暴时的所有细节。局部失忆症是最常见的心因性失忆症。

2. 选择性失忆。

个体只是选择性地遗忘创伤性经验的某些细节。DSM－Ⅲ－R中列举了一例，在一场车祸中，患者最亲密的家人全部丧生，患者本人却未受到伤害而生存下来，尽管她记得丧礼的安排事宜，但无法回忆起与其他亲戚对丧礼安排的讨论。

3. 泛化失忆。

患者忘记了整个生活经验，无法回忆起整个人生的细节。

4. 连续型失忆。

个体遗忘的是某特定时间或事件之后的每件事。

心因性失忆通常是在某种无法忍受的创伤性经历后出现的，同时这种异常也与个体的性格特征有关，出现心因性遗忘的人多数是以自我为中心、人格不完善、有较强的受暗示性。有关研究指出，心因性遗忘是有高度选择性的，遗忘的只是自我无法忍受，或对自我构成严重威胁的部分。在这类解离型障碍中，个体看上去很正常，并且能应付一些复杂的情境。

(二) 心因性迷游症

心因性迷游症是指患者既丧失记忆又兼迷游的一种心理异常现象。迷游症实际是一种逃避式的防御反应，患者不仅出现遗忘症状，而且离家出走到处游荡。患者离家出走之后，丧失对过去的一切记忆，迷游到一个新环境后，甚至可能会从头学习新的适应与交往方式，重新建立一种与过去完全不同的人格；迷游一段时间后，患者会突然醒悟，但在迷游状态下所有的经历都无法回忆出来。虽然在 DSM－Ⅲ 中心因性迷游被列为独立的临床症候，迷游症的实质还是一种心因性的遗忘，是泛化性失忆的极端表现。因此，心因性迷游症的起因与前者类似

(三) 多重人格

多重人格，是指一种一人兼具数种人格的心理异常现象。具有多重人格的人，他的每个人格各自独立，各有其不同的记忆、态度与行为，甚至各个人格的特征和表现截然不同，可能一种人格是内向、拘谨、保守，而另一种人格却表现出外向、开放、激进等特点。每一种人格出现在个体活动的某一段时间或某种场合，都可使个体过着稳定的生活。

具有多重人格的个体表现出并存的某些人格，有名的 Dr. Prince 案例有 17 个并存的不同人格，而且每个人格彼此相异，有的人格可能完整而良好，有的则充满了令人无法接受的不道德行动。个体可以从一种人格转变为另一种人格，持续的时间有长有短，从几分钟到数年不等。一般情况下，在一种为主的人格中被压抑的行为和需要会在另一种人格中完全表现出来。不同人格之间也存在各种各样的关系，通常情况下，当个体从一种人格转变为另一种人格时，会对他以前的人格完全失忆。然而在某种情况下，当一种人格占优势并且支配其意识活动的同时，另一种人格也在潜意识中起作用，这被称为“协同意识人格”，在这种情况下，协同意识人格能够认识到意识中的人格以及周围环境中发生的事情，并且通过自动化的书写或其他方式表达出来。

多重人格在临床上非常少见，是一种神秘而奇特的异常现象，

绝大多数精神病学家和心理医生都从未在实际中遇到过这样的病例。大多数有关多重人格的报告来自于美国，而且有些心理学家认为，这些有关多重人格的报告是催眠或暗示的结果。尽管这样，多重人格在变态心理学的理论体系中仍占一席之地。多重人格往往是由于应激而产生的一种解离性反应，因为个体的生活、生存空间是多维的，个体需要在不同的角色间作出不停的转换，并且按不同的角色要求表现不同的行为，但一般情况下，个体的这些行为表现都是在个体较为稳定的外在或内在价值观的支配下进行的，各行为及观念之间并无实质性冲突，因此个体有时尽管表现出种种不适，但个体的人格依然是完整的。一旦个体所做出的行为引起深层次的或核心的信念冲突时，个体就会体验到极度难以忍受的焦虑、紧张和不安，而解决这些的办法之一就是将相冲突的部分分开，分别形成一种自主的人格体系，通过这种方式，个体的焦虑和紧张就可以暂时得到缓解或消除。

（四）人格解体

人格解体是指个体感觉到自己不是自己，或者个体不能控制自己的行动；个体的自我感比较松散。这是青少年中相对常见的一种解离性障碍，轻微的人格解体感发生在30%以上的年轻人身上，比如他们会突然感到自己和以前不同了，或身体发生了明显的变化，变丑或变靓了等，这基本不会给当事人带来太多的负面影响，但当这种症状反复出现，而且阻碍工作或社会活动时，个体就会深受其害。人格解体症的特点是个体对自己的知觉以及经验自我身份的方式产生了变化。个体对于自己的手臂和腿的大小有奇怪的感觉，并且个体觉得和自己的身体有一段距离，有时描述自己仿佛漂浮在身体上。除了极端地扭曲自我觉知之外，个体的身体功能完整无缺，而且也没有错觉和幻觉。经历人格解体状态的人在这种状态消失后都很正常，但他们会感到深深的焦虑，担心会再次对自己失控。

在变态心理学上，解离型异常虽已被确认是一类人格丧失统合性的心理异常现象，但因缺乏充分的研究证据支持，故对其病因至

今仍无明确的解释。按精神分析理论的解释，解离型异常源于童年期的痛苦经验被压抑在潜意识中，个体长大后再次遇到类似的生活困境时，即以改头换面的象征性方式，以解离异常的各种症状表现出来。行为主义心理学家则认为，各种解离异常现象，都是患者自幼在生活中遭遇困难时，为避免困难事件所导致压力的痛苦，学习到一种以伪装来应付现实困境的不当方式，逐步成为习惯，最后演变成了疾病。

四、焦虑性心理异常的一般原因和治疗取向

（一）焦虑性心理异常的原因

关于焦虑性心理异常的激发因素，有诸多解释，内心冲突、实施抉择、冲动或使个体感到惊恐的感觉都有可能引起各种异常的发作。然而在这些解释中，较有代表性的流派或理论有精神分析、心理动力观、行为主义、社会文化学派和人本主义。

以弗洛伊德为代表的精神分析学派认为，焦虑性神经症的顺应不良起因于患者试图应付有意识的或无意识的恐惧，而许多情境能直接地、象征性地解除被压抑的冲动。例如，一位女性已婚患者，自从孩子入学后又恢复了自己的理发师工作。当她准备返回工作岗位时，她变得非常忧虑和担心。一次，她同一位化妆品商店的售货员谈话后，开始心跳加快、头昏，并认为“商店即将在她的周围倒塌”；她走进盥洗间，感到越来越恐怖，呕吐一阵后才慢慢恢复镇静。在以后的一个月中，她有过两次类似的急性焦虑发作，第一次是在她打开那位售货员为她包装的商品时，另一次是在她为丈夫开电视机时。当她支支吾吾泄露出对售货员的性幻想后，医生推测出引发她焦虑发作的原因可能是与性事有关的罪恶感。对此症状，精神分析学家认为，她的后两次焦虑发作发生在打开商品包装和电视机之时，这象征性地表示她和售货员之间的性联系，这象征屈服于她的超我，于是便触发了一次超我焦虑反应，以此来消解超我与本我的冲突而带来的不安感、罪恶感。

心理动力观对焦虑性心理异常解释时强调负面的人际经验及后来发展出适应不良的防御机制。心理动力学的观点根源于弗洛伊德早期的工作但又超越弗洛伊德的工作，心理动力观非常重视早期生活经验的影响，这些经验如早期的被剥夺、父母过度的关心以及父母过于严厉等：

（1）早期的剥夺。父母在情绪上或身体上忽略儿童，会使儿童觉得自己无用或没有价值。这些感觉使个体面对生活中正常的紧急事件时会产生焦虑。有时这些剥夺以冷漠或理性化的方式出现于父母的态度中，因为父母即使提供给儿童惯例般的照顾，仍然缺乏任何温暖。

（2）过度的关心。如果父母通过威严式的监督和控制，或者为儿童感到忧心忡忡，或者用诱导的情绪或行为干扰儿童，以至于阻碍儿童的独立和自信的发展时，儿童将无法健康地发展出适应生活起伏的适当的行为，其结果是当生活中出现考验时，儿童的内心就充满焦虑不安。

（3）权威和专制的父母行为。独断地制定绝对而详尽的规定或僵硬的要求，将会产生下述两种反应之一：反叛或因敌意和攻击所引起的焦虑，儿童表面上顺服但实际上内心会感受到这些情绪。儿童无法包容这些焦虑就可能会表现出抑制紧张的反应，这种反应妨碍儿童涉入一般的日常活动。儿童失去那些满足，下一步非常可能的就是焦虑异常的发展。

用行为主义的观点来看，焦虑异常可能源于错误的学习经验。这种学习包含三种情况：

（1）未能学到适应性的反应机制。面对父母不适当且没有安全感的情感或行为，儿童将会判断自己没有能力，并且无法努力学习适当的反应机制。失败或预期将会失败都足以提高焦虑或焦虑异常行为的可能性。

（2）观察和模仿。儿童观察他人的可怕经验或模仿心烦意躁的父母的情绪反应，这些不良的观察和模仿会进入儿童的生活而成为儿童焦虑的基础。儿童可能会在没有具体焦虑刺激的情况下作出焦

虑的情绪反应，如喃喃自语、盲目徘徊等。

（3）经验的制约和泛化。习得焦虑的另一种方式是制约经验。这种制约有两个阶段：第一阶段是反应制约。假如父亲向女儿提出不可能的要求时，女儿对于那无法顺从的要求感到越来越不安。如果父亲一直强迫要求，则父亲本身就成了女儿的焦虑源。第二阶段是逃避和泛化。在焦虑的压力下，女儿开始逃避父亲而没有过去的那种强烈的焦虑体验。此种结果强化了女儿的逃避反应。后来由于泛化作用，女儿容易躲避所有的男性而且变得抑制、害羞而退缩。

社会文化学派认为，个体所处的文化环境对于个体的焦虑性心理异常的发生有重要影响。许多严重的社会问题，如失业、分离、丧亲等，都会引起个体不同程度的焦虑反应。焦虑起因于个体的"社会性失助"，个体感到被责任所束缚，为要求所重压，常常要退避到疲劳、恐惧和抑郁状态中去。有关工业部门的调查表明，能够对其工作进行一定程度控制的工人较少感到被束缚，并且较少发生焦虑性心理异常。对动物的研究也表明，对自己是否会受到电击能进行某些控制的猴子，比起在逃避疼痛上完全失助无援的猴子，较少表现恐惧和焦虑。许多例子说明了文化的影响力和焦虑性心理异常之间的关联。研究指出，躯体化异常发生于 20 世纪初的美国文化中的几率高于今天，在发展中国家也比较常见，而发达的工业化国家则流行焦虑及强迫症。

人本主义和心理动力学派同样关心个体早期的人际关系。人本主义认为早期的人际关系可能会限制个体自我实现和成长的能力，个体受损的自我形象和理想自我之间的差距，会促成个体产生焦虑。患有焦虑性心理异常的个体不适当地生活在真实自我和理想自我的缝隙之间，两种自我形象之间的冲突无疑源于早期生活中的弱点。有些人接纳了社会所加的人格面具，而压抑了真实的自我，长期持续下去，焦虑便不可避免了。

上述诸心理流派从各自的理论体系出发，阐述了焦虑性心理异常的一般起病原因。正如各种流派的理论本身有许多不足一样，他们对焦虑性心理异常的各种解释都有偏颇之处。人类的行为是在完

整的心理背景和一定的连续的社会环境下进行的，因此个体的各种异常心理及行为表现既离不开具体的环境刺激，又离不开个体的生理因素、成长经历及性格类型，几种因素的结合往往是引起焦虑性心理异常的最贴切的原因。

先让我们考虑以下生理因素：毋庸置疑，焦虑性心理异常患者与正常人在生理上是有区别的。早期的研究只发现，许多可以引发焦虑症患者发病的物质对正常人毫无威胁。他们还发现，用来治疗焦虑症的药物对于有这些物质引发的病症具有一定的阻止效果。这些发现把研究者引向对焦虑症患者生理机制的进一步调查中去，也为焦虑症的研究提供了有效的研究方法：研究者可引发焦虑症以便观察发病者在发病过程中生理上的变化。在一段时间里，研究人员通过研究生理剖面图发现，焦虑症患者与正常人在三个中枢神经系统的神经传递系统上始终保持某种区别。这些神经传输系统是用来在身体内部传递消息的。事实上，让我们感知信息，帮我们传递信息并指导我们对信息产生反应的结构和身体系统在焦虑症患者的身上以超敏感水平运转。也就是说，焦虑症患者具有非常敏感和活跃的神经系统。对他们来说，压力会产生强烈的身体上的反应。焦虑症患者和正常人之间的生理差异并不一定能证明他们在遗传上也存在差别，但有迹象表明遗传因素可能与焦虑症的发生有关。用于证明遗传与焦虑症的联系的事实来自于对患有焦虑症的家庭和双胞胎的研究。例如，早期一项支持遗传假设的研究表明，具有100%相同基因的同卵双生要比具有5%相同基因的异卵单生更易一起患焦虑症。

早期的生活经历对个体的心理异常的影响是被多数心理学流派所认同和许多事例所证实的。大部分接受治疗的焦虑症患者都讲述过去在童年时代给他们造成精神创伤的损伤或分离经历。对个体影响最大的早期生活经历主要是“失去”和“分离”。家庭成员的死亡是最典型的“失去”的例子。这种失去亲人的经历常带来对那种与焦虑症相关的失去感的易感性。最近的一项对焦虑症患者的分组治疗表明，8名患者中有6名曾经历过造成巨大精神创伤的“失

去”，其中5人是在青少年时代而另一人则在刚刚成人的时候失去亲人，失去的亲人大多数是父母和手足。童年时代的“失去”或“分离”的经历会造成分离能力的持久性的脆弱。一系列的理论阐明了家庭环境与焦虑症之间的关系。这些理论主要讲述家庭给孩子造成的一系列不良的心理影响，如过分依赖他人，对自己的生存能力缺乏自信、感情脆弱或缺乏安全感、过分袒护等。在一个家庭中，成年家庭成员对特殊情境的反应方式会直接影响到儿童的行为方式和行为习惯。一个母亲胆小怕事，会不时地把对自身健康担忧的信息传递给年幼无知的儿女；一个过分细心的父亲经常告诫儿子不要被狗咬伤，这会使儿子产生对狗的过度恐惧和焦虑。

尽管人们对性格类型在与应激相关的心理障碍形成的过程中所起的作用有着不同的看法，但许多学者还是一致认为特定的性格类型与焦虑相关的心理障碍的产生有着密切的关系。早在20世纪60年代，心脏病学家就认定，A型性格可以提高发生高血压和某些与应激相关的心理障碍的危险性。许多临床治疗专家认为，焦虑症患者，特别是那些在发病过程中伴有逃避行为的患者具有某些典型的性格特征：焦虑症患者极度依赖别人；对“分离”和“失去”过度敏感；对死亡和灾难有强烈忧虑感；对疾病的过分担心和控制的需要。除了上述的三种主要的因素外，生活事件对焦虑性心理异常的影响也不可忽略。各式各样的生活事件都可以引起应激，20世纪70年代的有关研究表明：应激事件与情绪和心理障碍的发生有着密切的关系。“失去”事件与抑郁的发生有关；“威胁性”事件与焦虑的发生有关。此外，适应性的变化，如升迁、搬家等也可以引起应激，从而使个体产生程度不同的焦虑体验。过去的生活事件同样会对心理和情绪产生不良影响，儿童时期有过不安全和危险经历的人，偏向于高估事件的危险性，而低估自己处理问题的能力。儿童时期有过一次创伤性经历，成年后遇到类似的问题时，往往会引起痛苦和恐惧反应。了解生活事件和应激事件对我们的心理问题所起的特定影响，有助于我们正确处置他们。

思维类型对心理异常的影响也是不可忽略的。一些不合理的思

维方式，会影响我们对周围情景和事件的认知，如具有片面、极端、武断思维方式的个体要比另一个具有合理思维方式的个体更易出现心理问题；一个人处于高焦虑状态时，往往会出现认知错误和思维混乱，这将进一步激起不合理的思维方式，这样的情况发生时，恶性循环将使焦虑状态持续存在。有人还提出人际交往中的应付技巧以及生活环境中的社会支持也会对个体的各种焦虑性心理异常产生一定的影响。在后面将要讲到的治疗取向中对此会有所阐述。

（二）焦虑性心理异常的治疗取向

对焦虑性心理异常进行治疗的目的和程序是各式各样的。治疗可以是旨在消除紧张性的症状，改变个体基本的防御机制和逃避式的生活风格；治疗手段也包括药物治疗、心理治疗，或两者之间的结合。与其他类型的神经症相比，焦虑障碍、恐怖症以及转换性障碍更容易治疗。总体上看，焦虑性心理异常的治愈率较高。美国心理学家安德鲁斯和哈维在 1981 年采用“再分析”方法对神经症的治疗效果进行了评估。在所评估的 81 项研究中，大多数接受心理治疗的焦虑性心理异常患者都比未接受心理治疗的病人有明显的好转，而且在治疗两年后病人的复发现象也不显著。

1. 药物治疗及其他生物技术。

大多数焦虑性心理异常的患者在他们应付症状的斗争中想知道他们是否应该采用药物治疗。尽管绝大多数焦虑性心理异常患者能够用不包含药物治疗的适当方法成功地克服焦虑性心理异常，但也有相当数量的焦虑症患者，采用药物治疗后，发现他们的症状明显减少甚至完全消失，有关的统计数字表明，70%的神经症患者经药物治疗后可以缓解某些症状，其中大多数人能恢复正常。但药物治疗的缺点也是明显的，各种药物都具有一定的副作用，而且长期服药，个体可能会产生对药物的耐受性和对药物依赖等副作用。对于是否应该采用药物治疗以及药物治疗的功效到底多大的问题上一直存在着分歧。因此，在问题的争论还没有结论之前，患者最好根据个人需要和具体的情况决定是否采用药物治疗。简而言之，个体症

状的性质和强度，个体以往的治疗经验以及个体本人的偏好决定个体采用何种具体的治疗方法。

有几种药物经过严格的研究表明能有效地控制焦虑症状。这几种药物可分成两类：抗抑郁剂和抑制剂。抗抑郁剂是经过研究在治疗焦虑症方面有较好作用的主要药物之一，它对稳定情绪和缓解整体焦虑程度有着有益的影响，能减低发生频率和焦虑症的强度，甚至能完全清除焦虑症。此外，服用抗抑郁药一般不会产生药物依赖。对治疗焦虑症有效的具体抗抑郁药包括：丙咪嗪、氯丙米嗪和苯乙肼。尽管这些药物属于抗抑郁药，但是它们治疗焦虑症的效力和抑郁症并无任何关系；焦虑症患者无论有无抑郁症，对这些药物都有积极的反应。不过，抗抑郁药的缺点也是非常明显的，首先，有一定比例的复发率；其次，见效比较慢，正常药量的情况下通常要经过两到四周才会出现抗焦虑症的效果，进一步的好转可能需要三个多星期，甚至几个月；再次，有副作用，抗抑郁药的副作用，小到诸如口干等细微变化，大到诸如失眠、心率加快以及极度紧张。因此，药物本身不应该被看成是治疗焦虑症状的全面而永久的方法。

此外，还有其他种类的抗焦虑药，由于它们的药理基本类似，这里不一一介绍，无论患者或医生作出何种用药决定，都必须注意，药剂都是不完善的，只能减轻患者的症状或加快患者达到康复的最终目的，药物可治愈的至多只能是各种疾病本身，而积极预防这些心理疾病的发生、消除各种致病源才是根本之策。

另外一些生物学技术也被用于治疗神经症，但是其操作过程和效果很复杂，例如静电睡眠，即用很弱的电流刺激大脑，使其处于一种睡眠的放松状态，用于治疗焦虑症。同样，生物反馈所产生的肌肉放松对焦虑症及其他紧张性障碍的疗效也很有限。

2. 心理治疗。

对焦虑性心理异常的心理治疗包括个体心理治疗、行为治疗、家庭治疗以及其他综合心理治疗等。

(1) 个体心理治疗。这类治疗技术的主要目的就是帮助患者更

好地了解自己及其症状，建立更健康的生活态度和应付技巧。这些方法都强调病人的自我理解，建立更现实的参考结构和更满意的价值观模式，以及应付现实问题时的更有效的应付技巧。这种治疗首先是要创造一种治疗性的情境，使患者感到可以安全地谈论他们最深层次的情感、思想以及价值取向。其次是为患者提供重新认识和评价自己和外界的机会及采用新的方式去应付问题的机会。再次，帮助患者把在治疗情境中所学到的技术转化到自己的实际生活中去。因为即使患者理解了他们的不利行为的性质和起因，并学会了更有效的应付技巧，但当他们将之应用于真实环境时可能还会有很多困难。

（2）行为治疗。这种治疗主要关心的是消除某种特殊的症状或不适行为，建立所需的能力和适应行为，以及对环境中可能会强化和保持不适行为的因素进行干预。行为治疗中最常用的方法是系统脱敏法。使患者实际或象征性地逐渐接近他们所恐惧的对象或情境，并将这种与恐惧有关的情境与另一种相拮抗的状态形成条件联系。对某些异常心理或行为的治疗，可以同时消除使这一行为存在的环境中的强化因素，以及对更适应的反应方式提供强化。近年来，很多行为主义者采用行为治疗以矫正异常的认知与行为。如焦虑症患者可以被看成是对内部思想和信念的焦虑，治疗者可以改变患者的内部思维和信念达到对行为的改变。例如梅琴鲍姆认为，内部的事件、思想及动机与外部可见的行为反应都遵循相同的学习规律。他认为治疗时首先要让患者认识到他们的不适应行为是由于在某种情境下自己吓唬自己，而不是情境本身使他们感到恐惧。其次训练患者认识到他们的行为障碍和症状产生的原因，并用语言表达出来。最后应用行为疗法技术，如模仿和强化；鼓励患者采用新的、建设性的自我言语表达；并且这些表达都与以前的病态反应在性质上是相反的。尽管行为疗法通常是改变某种具体的“目标行为”，如消除恐怖症等，但通常情况下，它也会取得更长远的积极效果。

（3）家庭治疗。在某些情况下，不健全的家庭关系是神经症存

在的基础。在一个家庭中根本不存在哪个人有毛病的问题。基于这种认识，目前出现了很多针对家庭系统，而不仅仅是针对某个个体的治疗技术。

(4) 多种形式相结合的治疗。越来越多的治疗家现在已不再局限于某一种疗法，而更愿意去学习、了解和应用他们以前不接受，或持批评态度的其他疗法。这种倾向反映了心理治疗领域正走向成熟。

然而不论采用什么样的治疗技术，都需要鼓励患者建立面对自己问题的勇气，并放弃那些一向能使他们降低自尊和产生焦虑的不适应的行为风格。

第六章　精神分裂症

精神病的本质特征是一种严重的足以产生丧失同现实联系的障碍。精神分裂症作为精神病中最严重、最复杂的一种，不仅表现有幻觉、妄想、思维破裂等重精神病的症状，而且在各种心理活动之间、心理活动与现实之间，都表现出分裂和不协调的状况。在精神分裂症的发病期，患者丧失其工作和学习能力；如果治疗不及时和彻底，其预后是很差的，可能因为反复的发作而最终导致精神的衰竭。本章将介绍精神分裂症的各种症状表现、临床类型及其病因病机，对精神分裂症的诊断要点和防治措施也将进行重点讨论。

一、流行病学特征

（一）流行率

精神分裂症遍布全世界，随着各国文化而有所差异。世界卫生组织 1975 年在 12 个国家和地区的流行病学调查，发现本症的年患病率为 2‰～4‰。美国国立精神卫生研究所对社区中精神分裂诊断的患病率的统计显示，终身患病率为 13‰。我国在 20 世纪 70 年代的流行病学调查，本症患病率为 1.56‰～4.6‰；90 年代北京地区则为 7.69‰。

精神分裂症多于青年期起病，20～30 岁占半数以上；40 岁以后发病者较少。具有特征型的思维、知觉、情感和行为多方面障碍，一般无意识及智能障碍，病程多迁延。一般统计学显示，女性的患病率高于男性，且患病率与家庭经济水平呈负相关，无职业者患病率远高于有职业者。

（二）特征

虽然幻觉、妄想或思维破裂的症状被认为是诊断精神分裂症必

不可少的，但是精神分裂症还有其他一些特征。尤金·布刘勒最早用精神分裂症这个词代替了以前的早发性痴呆，他（1930年）列举了自己所认为的这种障碍的共同特征。这些特征在历史上被称作"4A"，它们是孤独症（Autism）、矛盾情绪（Ambivolence）、联想（Association）和情感（Affect）障碍。孤独症是指逐渐不能区分自我和周围的环境，好像某人的特性渐渐驱散似的，而且通常伴随有同别人相脱离的情况。矛盾情绪是指干扰人际关系的冲突感情。联想障碍是指不能合乎逻辑地把几种思想联系起来。情感障碍主要是指在情绪反应中要么极度的变化，要么反应迟钝。尤金·布刘勒的"4A"尽管不是一种范围很广的或详细的描述，但他们却是精神分裂行为分类中极好的第一步。

关于精神分裂症的特征性症状，目前认为主要有以下几方面：

1. 情绪障碍。

情绪障碍通常叫做情感障碍，它常常表现为或是不恰当的情感，或是单调的情感。在不恰当的情感中，人们所说的同所传达的相应情绪不一致。例如，一个精神分裂症患者在描述自己的母亲因血液障碍长期痛苦最后导致死亡时却在咯咯傻笑；相反如果该患者在自己的描述中没有表露出任何情绪的话，那么我们就会注意到其情感的单调性。人们在多数精神分裂症患者和一些慢性抑郁症患者身上就注意到情感的单调性。

2. 人格解体。

人格解体是精神分裂症的一个共同特征，它常常与单调的情感相联系而且类似于尤金·布刘勒的孤独症概念。人格解体之所以有时叫做丧失自我界限，是因为它可以导致幻觉经历。由于人们发现越来越不能区分自我和非自我的经历，所以他们似乎是从外面听到自己的思维和内部声音的。当精神分裂症患者"听到"一个声音时他的喉头有时就会动，这表明听觉和幻觉实质上是在默默地表达自己内部的思想和恐惧。

由于精神分裂症患者始终是与人格解体一致的，所以他们就摆脱同其他人的牵连。他们之所以在对付环境刺激上表现出认知问

题，其部分原因在于表示他们思维过程特征的古怪的自由联想。在控制对种种事件的反应时常常存在着一个相关的问题，结果就连最小的刺激也常常使精神分裂症患者不知所措，因此摆脱别人，特别是摆脱人群，就成为充当反对过分刺激的防御物。

即使是在精神分裂症的早期，运动行为也减少了，偶尔还点缀着一些刻板而有力活动的插曲。不过，随着这种障碍的发展，这种情况的发生就越来越少了。结果，那些治疗慢性精神分裂症患者的人们所面临的主要任务就是使患者有活力，但这绝不是件容易的事情。一个在病房里照顾精神分裂症患者的护理人员把自己的工作描述为“反对大量惰性的日常斗争”。这常常需要克服那些用来治疗这种障碍的一些倾向于减少运动行为的更炫耀的表现的药物影响。人们可能会惊奇地听说精神分裂症患者住院所在的大部分住院处实际上都是些安静的地方，尽管书本和电影所传达的印象相反。

3. 思维障碍，幻觉或妄想。

DSM－Ⅲ引用思维障碍，幻觉或妄想是精神分裂症的本质特征。思维障碍包括妄想思维，逻辑上的分歧和自由联想。幻觉是在缺乏恰当刺激情况下的感觉经历，例如看见某个不存在的东西。尽管任何一种感官都可能产生幻觉，但是幻听在精神分裂症中最常见。妄想是关于世界的错误信念，尽管存在有意思相反的信息，但是这种信念却继续存在。在精神分裂症中被损害的信息处理很可能部分地说明了保持妄想思维的原因，因为妄想是妄想狂的基本特征。DSM－Ⅲ要求精神分裂症被诊断之前至少有六个月这种障碍模型是慢性持续的。患者的症状不需要在这整个时期由一个临诊者的直接观察来证明。假定疲劳、酗酒、种种药物，甚至血液中的钙和磷水分失调能够引起一些类似于精神分裂障碍的暂时障碍，那么六个月基线期的要求就有意义（卡曼和怀亚特，1979年）。

二、症状及类型

（一）主要症状

1. 思维障碍。

表现出思维过程缺乏连贯性和逻辑性，患者言语和书写虽然语法正确，但语句和上下文之间缺乏内在意义的联系，也缺乏中心内容，回答问题不切题，对事情的叙述不中肯，使人不容易理解，表现出思维松弛，严重时言语支离破碎，出现破裂性思维或词的杂拌，还有思维中断、强制性思维、象征性思维、语词新作等。

联想障碍。轻度联想障碍表现为联想松弛，病人说话抓不住中心；进一步可呈现出思维散漫，此时病员说话或书写内容缺乏连贯性，东一句，西一句，教人无法理解。严重时可表现为思维破裂，内容支离破碎，语不成句，仅是一些词的堆砌，不能表达任何意思。思维障碍还可表现为思维贫乏、思维中断或思维云集等症状。

逻辑障碍。可有逻辑倒错（非逻辑性思维）、矛盾观念、病理性象征思维或自创新词。

妄想。是指缺乏客观事实根据，内容荒谬，难以说服，坚信不移的一种病态信念。精神分裂症常见的幻想有以下几种：①被害妄想：这最为常见。病人觉得其本人或亲属处处遭到迫害，别人在背后议论、嘲讽，出门受人跟踪监视，或在饮食中放毒等。病人可受妄想支配而拒食、逃跑、控告或采取自卫而攻击伤人。②关系妄想：或称牵连观念。病人将环境中与自己无关的事物都认为与自己有关，如认为别人的一举一动、报纸和广播的内容都是针对自己的恶意中伤。这种妄想常与被害妄想同时存在，相互影响。③物理影响妄想：或称被控制感。病人认为其思想情感和行为都受外界某种仪器支配操纵而不能自主。可与被害妄想同存。④夸大妄想：坚信自己才智超群、地位不凡、财富巨集、系名门后裔。⑤其他：尚有忌妒妄想（怀疑配偶不贞）、疑病妄想（怀疑得了顽疾怪症）、罪恶妄想（无端自责自罪）、钟情妄想（坚信被某异性所爱）等。

2. 情感障碍。

表现出情感淡漠和不协调，对同事和朋友欠关心和同情，对亲人不体贴，对周围事物情感反应迟钝，生活学习兴趣减少，对莫大痛苦的事表现出惊人的平淡，出现情感倒错。

情感淡漠。对本人应该关心的事物失去兴趣，对亲人冷淡无情，对工作学习缺乏责任心，对切身生活事项毫不在乎。面无表情，语调平淡，漫不经心。

情感倒错。悲喜失度，情感反应与其内心活动及外界环境不相协调。

其他。可有情绪不稳、抑郁、焦虑、欣快、痴笑及丧失羞耻感等。

3. 幻觉和人格解体。

病人表现出幻觉、幻想、人格解体等症状。幻觉是指没有相应客观刺激作用于感官时出现的知觉体验，病人信以为真，行为常受幻觉的影响。半数以上患者出现命令性幻听、思维冥想、评论性幻听和自言自语等症状。最常见的幻听内容，是患者听到有人议论、辱骂、嘲讽或对他的思想行为加以评注。也可出现幻视、幻味、幻嗅、幻触、内脏感受性幻觉及肢体运动感的幻觉等。人格解体的患者体验不到自己的感情，好似脑袋离开了身体，走路感觉不到下肢的存在，"我"分裂成两三个。

4. 意志和行为障碍。

病人意志活动减退或缺乏，也有意向矛盾，模棱两可，犹豫不决，活动减少，无主动性，行为孤僻和退缩，无故旷课、旷工，长期不洗澡、不梳头，生活懒散，终日无所事事，呆坐或卧床，部分患者意向倒错，如喝肥皂水，伤害自己身体，行为受幻觉和离奇的思维支配，行为障碍可有不协调性兴奋（杂乱无章的言语增多）、木僵（不言不语、不吃不喝、僵直如木）、蜡样屈曲（肢体听凭摆布，如蜡样任人塑造）、抗拒、违拗（违抗检查者的指令）。

5. 其他表现。

缺乏自知力是精神分裂症的一个重要特征。精神分裂症患者对

自己的病态表现出毫无自知之明，他们不承认自己有病，往往拒绝就医。但一般无意识障碍及智能下降，而且体格检查一般也无特殊病变，神经系统检查也无异常病变。

当然，精神分裂症患者不一定都具备上述各项症状，而且随着疾病类型和临床阶段的不同有很大差异。一般将精神分裂症临床症状分为急性和慢性两个阶段：急性阶段以幻觉、幻想为主，又称阳性症状；慢性阶段以思维贫乏、情感淡漠、意志缺乏和孤独内向为主，又称阴性症状。这种区分是相对的，患者可能两种症状都有。

（二）类型

1．单纯型。

此型较少见，青少年时期发病，起病缓慢，持续进展，自动缓解者少。早期表现出神经衰弱的症状，易疲劳，软弱无力，贪睡，学习、工作效率下降；孤僻日益加重，被动，生活懒散，情感淡漠，幻觉妄想不明显，发病早期常被误认为是思想不开朗或思想问题，数年后病情严重时才被发现，疗效差。

2．错乱型。

错乱型精神分裂症过去被称为青春型精神分裂症，患有此种精神分裂症的病人处于最不成熟且最退化的时候。患者的许多行为的确很幼稚，患者的认知过程严重缺乏组织，言语不连贯，有许多愚蠢的行为和傻笑，然而患者没有系统的妄想（或者说有系统的认知）。有一些怪异的行为，比如吃排泄物等。错乱性精神分裂患者常有兴奋冲动行为及本能（性欲、食欲）意向亢进，还可能在大众面前手淫。患者也有许多稀奇古怪的幻想，同时伴随脸部表情的怪异、做作、做鬼脸等。

错乱型精神分裂症开始发作的时间比其他类型的精神分裂症还早。越是有各种症状的异常，发病前就常见有怪异的历史，比如对琐碎的事过度谨慎等。

3．紧张型。

比较少见，紧张型的精神分裂症会出现两种重叠的行为：兴奋和退缩。患者在紧张型反应的兴奋期里，会突然咆哮、说话或大

叫、来回走动或跑步直到精疲力竭，睡眠时间也相对短暂。患者在兴奋期间可能会使用暴力，或者向他人的头部丢东西（如椅子）来攻击他人。而在紧张型反应的退缩期里，患者往往是沉默的，而且可能保持奇怪的姿势好一段时间。他们表现出木僵状态，不语不动，不饮不食，表情呆板，蜡样屈曲；出现冲动行为，突然起床，无目的地砸破东西，然后仍然躺下。在僵呆期间，患者不会进食或控制肠胃或膀胱的功能。除了僵呆以外，紧张型精神分裂症患者非常容易接受暗示。例如，他们会模仿他人的声音或他人的动作。尽管紧张型精神分裂症患者从世界完全退缩，但是他们仍以各种方式表示他们知道周遭所进行的事。有些紧张型精神分裂症患者出现极端僵呆期和极端兴奋期。Morrison（1973 年）曾研究 250 位紧张型精神分裂症患者，发现 50%的病人几乎是僵呆期占优势，20%是兴奋期占优势，30%则是混合型。由于紧张型病人不能控制排泄、他们的“疯狂”，以及偶尔攻击他人，而非常难以管理。他们几乎一直住院治疗；而且甚至在医院里，他们都必须被密切监督和控制。此病能自动缓解，疗效好。

4. 妄想型。

又称偏执型，最常见，在青少年期开始，起病缓慢，病初表现敏感多疑，逐渐发展成妄想，妄想内容日益脱离现实，情感和行为常受幻觉或妄想支配，表现疑惧，出现自伤和他伤行为。此病病程发展慢，在相当长的时间内能维持正常学习和生活，自发缓解者好，疗效较好。妄想型病人两个最明显的精神病特征如下：(1) 被迫害妄想。病人编制敌人、朋友及亲戚甚至街上路过的人们的行为都有阴谋。患者在妄想之中怀疑自己被下毒、监视、跟踪或受到外界力量所影响。(2) 除了前项之外，病人经常有夸大妄想，例如，病人自己是有名的学者、百万富翁、基督或拿破仑。

妄想经常伴随明显的幻觉，以符合他们的被迫害妄想。例如，上帝向他们说话、他们的敌人威胁他们，或者他们听到确实的谈话。

妄想型精神分裂症开始发作的时间，虽然可能是渐渐地且跟随

在紧张的人际关系之后，但很少病人是经过渐进型的发展过程的。而且卓然有成的人们，偶尔在成功的生涯突然爆发典型的妄想型精神分裂症。

三、病因及发病机制

（一）生物因素

精神分裂症的发展过程中，三项生物因素被认为是精神分裂症生物方面的起因，它们分别是遗传上的缺陷、神经生化因素及出生障碍等。

1. 遗传上的缺陷。

大量的研究证明，遗传变量对于精神分裂症的发展起着非常重要的作用。而这些研究的设计主要有三种：家庭研究、孪生子研究以及收养研究。

（1）家庭研究。家族史的调査显示，越亲近的家庭关系，精神分裂症患者的比率越高。在精神分裂症患者的父母中，有精神病的比率为5%左右，而一般人群不到1%。另外，在精神分裂症患者的子女和兄弟姐妹中，发病率也是比较高的，大约占10%。如果父母双方都是精神分裂症患者，其子女患精神分裂症的比例会升至30%以上。不过，尽管这些统计数字符合对精神分裂症的遗传学解释，但是诸如对做父母技能的模仿及其共有性这样的环境因素也同样可能会有效地说明这样的研究结果。于是，人们试图进行一些能够阐明这个问题的更加复杂的研究，而这些试图导致了孪生研究和收养研究。

（2）孪生子研究。早在1946年，卡尔曼就发现在单卵（同卵）双生中精神分裂症的符合程度比双卵（兄弟般的）双生中要高。不过，厄尔曼和克拉斯拉（1975年）却证实了卡尔曼方法论中的一些重大缺陷。后来的研究已经克服了其中的一些问题，但结果仍然是相似的，即单卵双生子的同病率明显高于双卵双生，前者约为60%，后者约为15%～20%。一般认为，两者的差距约为4～6倍。

当然，关于导致精神分裂症的具体遗传机理，仍然是不明确的，而且有些问题还继续烦扰着研究者。例如，当一个同卵双生子患上精神分裂症时，这个双生子也常常就更难出生而且或他出生时的体重就更轻，这样就能够为拔除生前的环境因素和出生创伤因素，包括在证实遗传学理论的解释中提供了一个充足的理由。人们还有充足的理由相信同卵双生子比双卵双生子更相似地受到父母和别人的对待，因此，共同的环境也可能是一个因素。作为这些问题的结果，为了找到支持遗传学观点的明确证据，研究者已经致力于收养研究了。

(3) 收养研究。丹麦是一个集中化健康纪录保存完善的国家，该国的小规模使人们很容易查出某人，结果，她一直是许多研究者被收养的场所，虽然这些被收养者安置在正常的家庭里，但是他们的亲生父母后来却患上了精神分裂症。人们还研究了这样一小部分正常的孩子，虽然他们出生于正常的父母，但是他们的养父母原来是精神分裂症患者。一些像凯蒂和梅德尼克这样的研究者就曾利用这些人来证实那种认为遗传因素对于精神分裂很重要的看法。

凯蒂等人（1975 年）在丹麦对精神分裂症的家系作了二十多年的观察。在这个研究中，每个被试的所有记录都很完整，包括出生、籍贯、职业及主要疾病的情况。开始他们把寄养 23 年以上后来患上精神分裂症的儿童从名册上找出来，而把未患精神分裂症的寄养儿童作为对照。所有的寄养儿童差不多都是出生后不到一个月便与亲生父母分开的，甚至大部分的儿童从未见过或了解自己的亲生父母。调查发现寄养子精神分裂症患者的血缘亲属中患病率比非血缘亲属至少高 4 倍。这一结果与精神分裂症的遗传假说是相一致的。

当然，在赞成遗传因素是精神分裂症发病的重要因素的同时，它具有四个重要的限制条件：

①遗传因素看起来在所有引起精神分裂症的因素中所占的比例至多也没有过半，即使是在同卵双生子中也是如此（凯蒂，1975 年）。

②在同卵双生子和收养研究所提到的情况下，精神分裂症“对于严重的慢性精神分裂症来说比率较高”（凯蒂，1975年）。在精神分裂症的急性和反应性形式中——即在缓和的或短期的标准诊断类型中——有迹象表明遗传成分更少。

③遗传研究的材料并没有表明在精神分裂症中起作用的遗传因素的遗传方式。遗传是通过神经或血液化学因素、脑干技能失调，还是通过某种别的方式出现的还不清楚。

④遗传因素并不直接起作用，遗传因素只是作为一种倾向起作用的。两个人可能具有同样的遗传倾向，但是由于其他的原因（例如家庭或模仿），一个人可能会变成精神分裂症患者，而同时另一个人却没有。

另外，遗传因素在精神分裂症中的存在，说明某些人生来就具有预先安排的脆弱性。如前所述，虽然在正常人口中发病率大约是1%，但是对于具有患精神分裂症的父亲或母亲的人来说，发病率几乎是10%。就一些罕见的双亲都患有精神分裂症的情况而言，发病的概率大约是35%。有几个研究者（如梅齐，1978年；瓦特等，1982年）正试图从出生起，识别并研究这些处于危险中的人。但是在这样的研究中却存在着一个有关的重要道德问题，即当一个孩子被认为是一个处于精神分裂症危险中的人，那会造成什么影响？由于这个问题数年来可能都不明显，所以这些人一定会被注视着进入成年而且必然会意识到自己被观察的原因。在这点上，物理学的海森伯格原理认为正是在观察的过程中，被观察对象本身的性质改变了。那么，仅仅由于被认出是处于危险之中而给孩子们及其父母所造成的总的影响是什么呢？而且如果只存在有十分之一的患精神分裂症的机会的话，那么使这些父母和他们的孩子遭受潜在的焦虑和不安合理吗？这是一个代价——利益问题。虽然这可能有助于对其他精神分裂症患者的认识和预防。

2. 神经生化因素。

(1) 神经病学处理障碍。在一系列的知觉因素和神经病学因素中，有人假设精神分裂症患者具有信息知觉和处理障碍。这个假设

认为，精神分裂症患者完全不可能像正常人那样清楚地听或看，而且这种缺陷还没有被人们所观察到。精神分裂症患者因此就比一个具有明显标志的视觉或听觉障碍的人所具有的社交余地要少。对于那些一直具有听觉障碍的人来说，在谈话中偶然的曲解或回答不上来问题都是容许的。如果他们没有被标明，别人就开始认为他们古怪、不友善，或者对任何事都无动于衷，而且还开始在人际关系上把自己放在一定的距离之外（科伦等，1982 年）。

虽然略高于正常百分比的精神分裂症患者确实在听觉和视觉方面具有明显的缺陷，但是他们却不足以说明精神分裂症的总发病率。不过，有这样一种迹象正在出现，即精神分裂症患者在尤其是海马的皮下听觉处理途径和网状激活系统区域上不同于正常人。因此，尽管他们大体上能够像别人一样准确地听见声音，但是他们却不能像别人那样有效地处理并综合声音，因为标准的听觉测验并不记录这类缺陷，所以受试者没有得到任何“听觉损伤”的标号。然而精神分裂症患者以及周围的人都可能找到其他的标号来解释这种行为，这些标号通常是一些贬义的标号。甚至像“古怪的”或“无动于衷的”这样的一些标号也具有否定含义而且导致了自尊心的淡漠和丧失（夏皮罗，1980 年）。

在对皮质的被引潜力所进行的研究中已经出现了这些缺陷的迹象（泽克，1980 年）。在这类研究中，一系列咔哒声（听觉的）或标志信号（视觉的）以不同的比率提供给受试者，同时，为了测量大脑各个部位的反应速度和适合度，人们还从大脑的不同部位（例如外皮、中脑和脑干）进行脑电图测量。这种脑测量方法对于随意和不随意反应模型都很敏感。实际上，被引潜力很可能有一天会成为测谎检查中的一个组成部分。

泽克发现精神分裂症患者的皮下反应不适当，他的这个发现表明即使精神分裂症患者听得见听觉信息，他们对这种信息的处理也是低效率的。这种低效率将会导致一种对听觉信息更粗劣的反应，尤其是当存在着许多对抗刺激时。另一些人在高度的听觉或视觉刺激重压情况下也注意到了这种粗劣的表现（奥尔特曼斯，1978 年；

斯特龙克和伍兹，1978年）。

虽然精神变态者（一个反社会人格障碍的子群）是追求刺激的（例如，他们在春季休息室喜欢到拥挤嘈杂的海滨或喜欢肯塔基大赛马时的运动场），但是精神分裂症患者却是回避刺激的（他们要是参加社交活动也是喜欢安静的小团体）。逃避人际关系，是有效的刺激—回避行为；但不幸的是，那样就是人们留下了回避同伴的标记，留下了同伴拒绝一否定的自我标记。加梅齐（1978年）发现及早的同伴回避和拒绝是他的处于危险中的孩子们后来精神分裂症的一个重要预兆。

另外，大脑的器质性病变也可能是精神分裂症的重要起因。有研究发现，精神分裂病患者的脑室和正常人的脑部比较，显得较大和不对称；在大脑的大小，特别是前叶的大小方面，精神分裂症患者的上述部分可能都较小。不过这些研究都只能说明两者的相关，并不能说明其因果关系。

（2）生化因素。关于精神分裂症的生物化学因素，比较得到认可的是多巴胺假说。在临床实践中，发现酚噻嗪类和丁酰苯类药物能有效地控制精神分类症的症状，而这两类药物的药理机制是阻滞多巴胺受体。另外，慢性苯丙胺中毒患者，可出现与精神分裂症十分相似的一些症状，而苯丙胺是多巴胺的促动剂。当然，这些研究还需要得到更多的证据

3. 出生障碍与病毒假设

如果听觉或视觉的处理缺陷是精神分裂症的重要原因，那么怎样会出现这样的缺陷呢？遗传缺陷是一种可能，另一种理论断言胎儿的出生困难造成了导致脑损伤的暂时窒息（塞克泽、法落和温得尔，1973年；托宾，1978年；泽克，1980年）。窒息是缺氧症（脑组织缺氧）和血液及组织中增多的二氧化碳压力的结合物，它造成了一种导致脑损伤的酸性代谢状况。

传统的观点一直认为新生者的短期窒息并没有任何持久的损害。不过，现在很清楚，即使是几分钟的窒息也可以造成损害，因为新生者的肺系统很弱，所以从窒息中恢复很困难。一个身体系统

（例如循环系统）有缺陷的孩子即使窒息更短的时间也能够受损害。因此，甚至很短暂的窒息也可能会造成最小的（因此很难探测的）损害。

托宾（1978年）的研究表明在不成熟的婴儿中存在着很高的窒息发生率。他说："由于丧失了扩散的皮质缺氧神经元，蜂窝状的人口丧失可能蔓延得很轻微均匀以至于摆脱了微观上的探测。如果神经元的消耗上升到30%，那么即使是有经验的神经病理学家也可能辨认不出来。"最容易遭受这种损害的部位是脑干，特别是耳蜗细胞核（霍尔，1962年；泽克，1980年），这些细胞核对预处理和整合听觉信息至关重要。泽克的研究表明精神分裂症患者在脑干水平上所具有的对听觉刺激的反应行为更差劲。

还有一个还未被彻底研究过但很新的假设是指一种长期活动的病毒可以造成精神分裂症，这种病毒或是单独起作用或是与遗传倾向一起起作用。因此，尽管在婴儿期病毒可能传染得很快，但是多年来迅速的传染还没有显现出来。此外，如果传染在出生前发生，单卵双生中较高的精神分裂症发病率就一定不会排除一种支持遗传理论的病毒假设，因为同卵双生共有着同一个胎盘。

托里和彼得森（1976年）指出，精神分裂症患者的出生历年虽然不是胡乱分布的，但是从1月到4月的出生率却不匀称。这类似于起源于风疹病毒的障碍的出生病毒。这类研究者还根据4000多个精神分裂症患者提供了一些表明变态的脚纹、指纹和掌纹不相称的出现率的材料，人们在那些其母亲怀孕期间患过风疹的孩子身上也发现了同样的特征。

这些相似之处本身不是令人信服的材料，因为大多数精神分裂症患者并没有表现出这种病态性，而且这个病毒假设还没有得到彻底的研究。但是它还是一个可能为精神分裂症的病原学提供一些失踪线索的有趣概念。

（二）心理社会因素

1. 精神分析的理论。

精神分析学家把退回到以前的一种更原始的顺应水平视为精神

分裂症的一个基本原因。按照他们的观点，具有严重障碍的精神分裂症患者常常退回到口唇期，而这时婴儿正好刚刚开始区别他们自己的自我界限。精神分析学家相信，精神分裂症患者的退化之所以发生，主要是因为本我要求（如攻击性或性冲动）的大量增多，或是因为超我不容许（例如因性纵容而内疚）导致了严重的焦虑所致。幻觉和妄想则构成了这样一种试图，即试图取代了一个不同于太危险的现实，而这些不合逻辑的思维产生之前就存在着人格组织的组成部分。

另外，引起精神分裂症的母亲理论和双束概念都是精神分析学的变种，他们都受到了一定程度的支持。根据前一种理论，引起精神分裂症的母亲无意识地利用自己的孩子来满足自己情绪上的需要，而通常母亲们却倾向于以种种促进双方最佳兴趣的方式同自己的孩子互动。例如，一个引起精神分裂症的母亲为了获得因自己的母亲角色所受到的赞扬可能会花许多时间在公共场合照顾孩子，然而在私下她却可能会不理或者甚至惩罚孩子的任何要求。这个理论的一个主要方法论问题是母亲—孩子结合体几乎总是在孩子已经被称为精神分裂症患者之后才得到研究。因此，在那方面，人们很难说出这种母亲的行为是精神分裂症的原因还是对精神分裂症的反应结果。

精神分裂症的双束理论最初是由一个叫做格雷戈里·贝特森的人类学家提出来的，后来双束理论由于得到杰·哈利和其他的主张心理病理学的家庭—系统方法的人们的认同和发展，它已经得到了经验研究的适度支持。从根本上来讲，双重约束是在父母向孩子发布一条强烈的否定命令才确立的，而这条命令正是他们接着设法含蓄地否认的命令。为了利用这个例子，该父母然后可能鼓励自己的孩子去邀请一个游戏的伙伴、一个朋友，或者鼓励自己的孩子同他十分清楚已经被“列上黑名单”的孩子约会。这个孩子必须面对两条不相容的命令，但是他无论选择哪一条，都可能会受到惩罚！

合乎逻辑的答案也许是哪一个都不选。不幸的是，受双重约束危害的孩子被束缚进一些不允许这样选择的机能失调的家庭系统之

中。相反，当这样的孩子们持续地遇到这种无收益的情况时，他们就趋于产生一些表示由他们父母的矛盾命令所造成的严重潜在冲突的古怪反应和习气。当然，这样的行为确实构成了对父母所提供的种种选择的一个抉择，而且可以防止在其他方面肯定会产生的惩罚。因此，继发增益因素看来是在起作用了；避免惩罚就成为这个孩子古怪行为的一种有效的强化剂。然而，从冲突和情感创伤方面来说，对这个孩子的代价则是无法估量的。例如，一个青少年精神分裂症患者无论遇到任何决策过程都以一种梦幻的唱歌形势背诵童谣。原来数年来，她妈妈一直都强迫她以一种性挑逗的方式穿衣服，而后来反倒公开地批评她是一个不分男女的大傻瓜，说她如同与任何在社会上有污点的男人约会一样，没有选择的能力。在这个例子中的消极命令是“不要同自已父母不引以为自豪的男人约会”。

2. 社会学习理论。

一些学习理论家认为，精神分裂症的病因全部或部分是社会学习的结果。例如沃尔甫（1973 年）认为精神病是学习得来的，生物学因素可能起着一种激发的作用。而邬曼和克雷斯纳（1975 年）认为，精神分裂症完全是社会学习的结果。所谓的精神分裂症是病人对有关刺激的注意受到抑制，而那些精神病症状的活动却受到强化。例如，一个普通而又正常的行为被父母忽略，得不到强化，它的次数就会逐渐减少。而正是这种正常行为的社会反应减少，孩子便会认为只有大量地要求或异常行为才会引起人们的注意，或者可能使孩子越来越沉迷于幻想、想象及其他的内在意向中。随着时间的推移，就会发生恶性循环，行为越是“疯狂”，越会受到强化。因此，他们认为，精神分裂症是由各种行为构成的，每一种行为仅仅是由于它受到强化才表现出来。根据这种观点，对于精神分裂症很重要的注意问题就成为做父母和环境的直接产物，而不是最初同遗传因素、病毒因素或出生创伤因素相联系的一种产物。尽管有充分的证据表明社会学习变量对于精神分裂症的连续发展和维持至关重要，但是还没有任何清楚的证据表明他们起着一种最初的表示原因的作用。实际上，提供这样的证据将是很困难的；社会学习理论

家既不可能在实际上，也不可能在道德上接受个别婴儿并通过学习程序使他们成为精神分裂症患者。即使精神分裂症像预言的那样出现了，它也不会证明这个论点。以此类推，尽管服用大量的苯基丙胺可以导致类似精神分裂症患者的行为，但是人们却不会去说精神分裂症必然是由于大量的苯基丙胺产生的。

3. 社会环境因素。

精神分裂症多发生在经济水平低或社会阶层低的人群，从20世纪40年代以来，已由国内外本病患病率调查的地区分布特点所证明。社会阶层低的人，他们的生活条件、应付困难和紧张的能力均有被损害的趋势，而这些人遗传的弱点与处于社会低层所致的情绪紧张较重，社会生活环境差，生活动荡，职业无保障等较重的社会应激负荷，在遗传的基础上便可能更容易发病。

四、诊断与防治

（一）诊断

精神分裂症的诊断是在详细了解患者病史，全面进行精神、神经、体格、实验室检查的基础上，再根据一定的诊断标准来作出。我国提出的精神分裂症诊断标准是：

1. 症状标准。

确定无疑有下述症状中的至少两项，各症状并非继发于意识障碍、智能障碍以及情感高涨或低落。

(1) 联想障碍：明显的思维松弛或破裂性思维，或逻辑倒错，或病理性象征思维；

(2) 妄想：原发性妄想（如妄想知觉、妄想心境），或妄想自相矛盾，或毫无联系的两个或多个妄想，或妄想内容荒谬离奇，不需核实即可肯定为病理性的；

(3) 情感障碍：情感倒错或情感不协调；

(4) 幻听：评论性幻听，或争议性幻听，或命令性幻听，或持续一个月以上反复出现的言语性幻听，或听到的语言声来自体内某

一部位；

(5) 行为障碍：紧张症状群，或怪异愚蠢行为；

(6) 意志减退，较以往显著孤僻、懒散，或思维贫乏，或情感淡漠。

(7) 有被动体验，或被控制体验，或被洞悉感，或思维被播散体验；

(8) 思维被插入，或被撤走，或思维中断，或强制性思维。

2. 严重程度标准。

自知力丧失或不完整，且至少有下述情况之一：

(1) 社会功能明显受损；

(2) 现实检验能力受损；

(3) 无法与病人进行有效地交谈。

3. 病程标准。

精神障碍的病期至少持续三个月。

4. 排除标准。

排除脑器质性精神障碍和其他疾病所致的精神障碍。

各种类型的精神分裂症还有不同的诊断标准，妄想性的精神分裂以妄想为主要临床表现，常伴有幻觉；青春性精神分裂症在青年期起病，以思维、情感和行为的不协调或解体为主要表现；紧张性精神分裂症以紧张综合症为主要表现；单纯性精神分裂症以思维贫乏、情感淡漠、意志缺乏、社会性退缩等隐形症状为主要表现，起病隐袭，缓慢发展，病程至少两年，并逐渐趋向精神衰退。

对于急性的精神分裂症可采用量表评定的方法，最常用的量表是简明精神病量表（BPRS)，它由 Overall 等人于 1962 年编制，是精神科应用最为广泛的评定量表之一，尤其适应于精神分裂症患者，共有 18 条项目，分 7 级评分，即：无、可疑、轻、中、偏重、重、极重，一次评定，大约需要 20 分钟的会谈和观察（参见表 6-1)。

BPRS 可归纳为五类因子结构，分别是：①焦虑抑郁。包括 1、2、5、9 四个项目；②缺乏活力。包括 3、13、16、18 四个项目；

③思维障碍。包括4、8、12、15四个项目；④激活性。包括6、7、17三个项目；⑤敌对猜疑。包括10、11、14三个项目。因子分根据下式求出：

因子分＝组成该因子各项目的总分÷该因子结构的项目数

因子分反映疾病的临床特征，总分反映疾病的严重性。

表6-1　BPRS评分工作用标准

项目	轻（2~3分）	中（4~5分）	重（6~7分）
1. 关心	体诉较多	疑病观念	疑病妄想
2. 焦虑	询问出的焦虑	主诉焦虑	惊恐
3. 情感交流障碍*	稍难深入交流	明显难以交流	严重难以交流
4. 形式思维障碍	思维轻度松散	肯定的思维散漫	思维不联贯、破裂
5. 罪恶观念	悔恨，懊恼	自责	自卑或罪恶妄想
6. 紧张*	烦躁不安，不自然	小动作多	发抖出汗抽动
7. 奇特行为姿势*	姿势不自然	偶有刻板动作	刻板动作常出现
8. 夸大	自我评价增多	夸大观念	夸大妄想
9. 心境抑郁	询问出不开心	主诉不开心	消极观念或行动
10. 敌对性	询问出对他人仇恨	主动暴露仇恨	有报复行为
11. 猜疑	询问出的疑心	稍有牵连观念	被害妄想，关系妄想
12. 幻觉	可疑的幻觉	肯定的幻觉	信以为真、付之行动
13. 运动阻滞*	反应慢	明显动作减少	缄默木僵

续表 6-1

项目	轻（2~3分）	中（4~5分）	重（6~7分）
14. 不合作*	检查时花气力	情绪明显对抗	严重违拗无法检查
15. 逻辑障碍	有点离题尚可接受	不合逻辑象征思维	脱离现实，内容奇特
16. 情感平淡*	表情不自然不真实	明显缺乏情感反应	完全丧失情感反应
17. 兴奋*	言语动作稍增多	明显增多易激动	极度增多，发脾气
18. 定向障碍	尚能定向	有错不能纠正	明显错，不能定向

* 根据对患者的观察评分，其他则根据患者的口头叙述评分（据张明园，1984 年）。

（二）预防

精神分裂症的预防工作，主要包括三个方面：一是重视遗传的不良因素，提倡优生；二是早期发现病人，早诊断，早治疗；三是做好社会康复工作，巩固疗效，防止复发，帮助病人逐步适应病前社会活动、工作、生活水平，即做好社区的精神卫生工作和社区康复工作。

社区精神卫生服务及社区康复是 20 世纪 50 年代才逐渐兴起和发展的，它的出现对于防治精神疾病起到了非常重要的作用。一般认为，社区精神卫生工作具有下列特点和任务：

(1) 为社区的所有居民服务：包括宣教、治疗、会诊、心理咨询及预防等。

(2) 就近治疗：方便病人及其家属，便于早期发现、及时治疗，利于随访及预防复发。

(3) 为社区提供系统支持及继续服务：包括门诊、部分住院、住院、会诊、咨询、入院前评定、出院后随访，并解决儿童、老年、酒精中毒及药物滥用等各类心理问题，还对各类病人给予生活

指导和帮助。对于精神残疾的社会功能缺陷及适应障碍进行训练，以逐步恢复（或部分恢复）其社会功能，加强适应能力，以求重返社会。

(4) 提供多学科的综合服务：由精神病医生、护士、社会工作者、心理工作者及职业治疗师组成的社区服务小组，全方位提供帮助。

(5) 强调群众、家庭及病人本身的积极参与：他们既是服务对象，又是计划的制定者和评定者及方案的执行者。

(6) 防治结合：即预防社会心理因素对精神疾病的发病或复发的重要作用，如进行社会教育、父母咨询、婚姻咨询、高危儿童咨询、家庭咨询和治疗、危机干预、康复指导及服务等。

(7) 必须调动与精神卫生密切有关的力量和资源：包括基层保健机构、其他卫生机构、地区行政机关、公安机关、学校、群众或学术团体、病人的单位与家庭等的力量和资源。社区精神卫生工作人员应充分动员和协调各方面的有用力量，尽可能利用现有的条件和资源，在专业人员的指导下，发展理想的社区精神卫生服务系统。

(三) 治疗

精神分裂症的发展进程比较难于逆转，主要是因为这种障碍的产生与多种因素有关，遗传和生物化学的障碍、注意缺陷、人际关系障碍、医疗引起的不良行为以及丧失自我认同而产生的潜在作用物等，都是其原因，所以这种障碍的复杂性就表明真正有效的治疗必定是多重模型的。不幸的是，在多数情况下，治疗只是由药物处理（化学疗法），同一个治疗者偶然的短期会谈（委婉地说叫做激励疗法）以及标准的精神病院管理组成。

1. 物理化学疗法。

(1) 化学疗法。常常被称之为主要镇静剂的抗精神病药物已经证明有助于减轻多数精神分裂症患者的许多较严重的症状。这些药物被认为可以阻塞多巴宁受体，因此就有效地减少并滤掉了来自环境的刺激，这也就依次减轻了症状并引起了一种镇静作用。主要的

积极作用是减少幻觉、妄想和思维障碍，因此它们特别有助于对这种障碍的更古怪的方面进行住院和门诊管理。化学疗法是一种被控制的药物处理程序，它也可以减少——但却很少根除——注意和信息处理障碍。人际关系的脆弱性和心理脆弱性依然存在。

一种具体的抗精神病作用的发现实际上是对一个完全不同的问题进行研究的意外结果。20 世纪 50 年代初，在法国有人把氯丙嗪作为麻醉剂和镇静剂来进行现场试验，就把一些精神病患者作为受试者包括在内了。令大家吃惊的是，他们的症状实际减少了。后来的研究就更直接地集中在这种作用上，而且 1955 年氯丙嗪首先在美国市场上销售了。虽然现在有一大批可用的不注册药物，但是氯丙嗪仍然是最常开的药。

氯丙嗪属于吩噻嗪族药物，另一些主要药族是卤氢吡啶和硫磺嘌呤素。尽管硫磺嘌呤在副作用和总效力方面常常发生问题，但是它却能够以长期作用的形式被服用。这个特征允许对那些因混乱或缺乏动机而没有按处方吃药的患者施加更多的控制。大体上，在这些不注册的药物之间不存在任何重大差异。

所有这些药物都有利弊。第一，它们似乎对多数精神分裂症患者都有益。第二，这种作用对其他许多精神分裂症患者来说是易变的，而且也很容易出现过分的药物处理。显而易见医生还不恰当地使用这些药物。戴维斯（1976 年）指出，人们常常大剂量地用药，而作为一个普遍规律，“大剂量地用药没有产生任何更加有效的结果”。赫斯彻（1976 年）在研究一组家庭医生的记录时发现虽然他们的具有相关心理问题的患者只有 1% 表现出精神分裂症行为，然而所用的药物有 20% 都是有效的抗精神病药物。第三，也是主要的缺点，涉及的是副作用，由于这些药物一开始很有效而且常常被大剂量地服用，所以副作用可能是实际存在的。因为多数人可能多年或者甚至是终生都将需要这种药，所以这种可能性就使这个问题更严重。

（2）电痉挛和心理外科手术。痉挛疗法的先驱者是一个名叫拉迪斯劳斯·冯·梅杜纳的匈牙利人，他在 20 世纪 30 年代根据痉挛状

态将会以某种方式消除精神分裂症的假定，用樟脑衍生物在精神分裂患者身上引起痉挛。但这种方法并不理想，他的一些利用电休克（电痉挛）来引起痉挛的后继者也从未表现出任何接近那些令人难忘的积极后果的东西。尽管也有人曾成功地利用痉挛疗法治愈了某些严重的紧张症患者，但是就连电痉挛疗法的主张者也承认支持这种方法用于治疗多数精神分裂症患者的证据最多也是含糊不清的。这种方法的批评者认为，在实施此法时有导致短期的心理分裂和混乱以及记忆亏损和脑组织破坏的危险。

通过心理外科手术来治疗心理障碍，主要的预兆标准是严重抑郁成分的出现。如果一个人被诊断为患有精神分裂症而且也十分抑郁，那么尽管心理外科手术对于相关的症状很少有什么作用，但是它却可能会作为最后一个手段来减轻抑郁。结果，在 DSM－Ⅲ标准之下，这样的一个人在外科手术前就可能被诊断患有一种情感分裂障碍而在外科手术后又可能被诊断为患有精神分裂症。

（3）生物反馈、渗析和大量维生素。虽然生物反馈没有被广泛地用来治疗精神分裂症患者，但是由于它成功地有助于正常人增加注意广度，这说明它可能有助于在可比较的训练中治疗精神分裂症患者。它还可能作为一个附属方法有助于较少兴奋型或处理向缓慢运动障碍这样的运动副作用。

肾渗析通常用来治疗患有肾疾病的患者，它也曾被用来治疗精神分裂症。然而，对这种应用的研究断定很少有证据来证实它的有用性。许多被统一进行这种渗析治疗的人与其说是患有精神分裂症还不如说是有意做作和神经过敏；这类患者对于任何戏剧性的安慰剂都反应良好，因为在这样的情况下，它正是渗析可能用来起作用的东西。

生物化学假设也为维生素和营养物提出了一种潜在的任务。由一些临床证据表明大量维生素，主要是维生素 B 有助于治疗精神分裂症。但是一项控制良好的研究（班恩、莱曼和多伊奇，1977年）发现大量维生素对于治疗精神分裂症并没有安慰剂的效果好，伯恩海姆和卢因（1979 年）证实了这个结论。沃特曼、格罗登和巴

比尤（1979年）研究和精神分裂症治疗中的其他营养因素，并且发现尽管服用卵磷脂和胆碱可以促进化学疗法，但是营养因素本身并没有任何积极的作用。

2. 心理疗法。

精神分析学模型和当事人中心模型对现实的一对一的心理治疗方法产生了很大的影响，然而这两个模型最初都不是从治疗精神分裂症患者的工作发展而来的，而且多数精神分裂症患者都很少去找使用其中任何一种方法的治疗师来治疗。

直接分析是精神分析心理疗法的变种，它认为错误的父母行为是产生精神分裂症的决定性因素。这种方法已证明有助于在妄想型精神分裂症环境中治疗精神分裂症患者。

激励心理疗法通常是任何一个适合于精神分裂症患者的总治疗方案的组成部分。这只不过是指一场有关他们在自己的环境（住院病人、集体住宅、家庭）中，在自己的反应中，在自己的恐惧中，以及在自己的未来计划中的行为方式的讨论。它还包括鼓励人们新的积极行为以及消除恐惧和担忧。

代换券制度和环境。经研究已经证明代换券制度对于矫正许多行为都很成功，而且它还成功地促进了社会技能的发展。大体上，代换券制度作为精神分裂症总的治疗计划的一部分一直都很有效，尤其对于抵抗多数住过院的精神分裂症患者在社会技能方面的主要缺陷非常有效。它们的有效性，最初计划的相对简明性以及没有消极的副作用都表明它们应该是精神分裂症患者的任何医院环境的一个组成部分。由代换券制度所提供的强化系统应该逐渐地接近现实世界，以便帮助该患者使这种过度恢复正常。在环境疗法中所提供的激励也证明对于治疗住过院的精神分裂症患者是成功的。

3. 总的治疗方法。

阿尔比（1982年）和墨菲以及弗兰克（1979年）正确地断言对种种心理障碍的预防要比治疗更有效。尽管至今在那些最终将成为精神分裂症患者的人们中只有一小部分采用了这些方案，但是在研究一些具有患精神分裂症危险的儿童时，有一些最初的迹象表明

了预防的重要性。

正如辛德（1976年）所强调的那样，药物可能不是精神分裂症早期的最初治疗选择，许多患者所需要的可能是综合治疗。由于医院的制度化管理、病人角色的强化以及社会对精神病人的歧视等，都导致精神分裂症治疗的复杂性和艰难性。因此，治疗不应该是机械的，需要在治疗患者的同时，进行家庭和社区的支持。

总的来看，无论对于门诊病人还是对于住院病人，诸如生物反馈、环境和营养计划以及家庭或团体疗法这样一些附属的疗法，都一直被用来治疗精神分裂障碍的各个不同方面。对于需要住院治疗的患者来说，代换券制度、激励疗法，再加上一些技术职业疗法都可以使用，但化学疗法对于多数需要住院治疗的患者来说是非常重要的。认知再训练有助于改变一些经历过前面所描述的精神分裂次序的人们必然具有的消极的自我谈话和自我知觉，帮助患者顺利地从医院转回到社区是至关重要的。如果在住院的人们身上花费大量的精力和金钱，而在他们出院后只提供最低限度的有效的继续照顾的话，那就没有什么意义。家庭或团体疗法能够帮助改善由制度化破坏的家庭和人际关系模式。过渡时的这种帮助尤其对精神分裂症很适用，因为他们甚至在住院治疗之前也表现出一些社会问题。

在社会水平上进行前期预防的努力强调的是识别促进精神分裂症发展的因素。这样的努力包括前面所提到的那种高危害率研究和对那些促进精神分裂症的社会技能的探测。适合于学校和工作环境中的人们的教育方案有助于次级预防——即早期地识别障碍的和缓形式。一旦人们了解那些相关的症状，我们就可以在障碍的早期帮助他们，因为这时治疗更可能奏效。住院治疗、活动治疗、激励治疗以及药物处理的标准结合体能够减轻一些症状，而且在有些情况下还可以合理地促进适当的器官活动。但是除了一个多重模型的方法之外，任何方法都不可能产生实际的治愈效果。

第七章　情感性精神障碍与自杀

情感性精神障碍又称心境障碍，是指以情绪情感的剧烈变化和心境持续恶劣为主要特征的一类心理障碍。常见的临床类型有躁狂抑郁症、更年期抑郁症和反应性抑郁症等。由于这些情感性精神障碍都可能引发自杀的念头和行为，所以，有关自杀的内容也放在这章里讨论。

一、躁狂抑郁症

躁狂抑郁症（Manic-depressive psychosis）是以情感活动过分高涨或低落为基本症状的精神疾病，其临床特征为单相或双相发作的躁狂状态或抑郁状态反复出现，仅仅出现一种情感障碍表现，或高涨、或低落，称之为单相；而当躁狂和抑郁表现相继出现时，则称之为双相。不论单相的躁狂症或单相的抑郁症，还是双相的躁狂抑郁症，在同一个患者身上，既可以仅仅发作一次，也可以反复发作多次。若是反复的发作，则两次发病之间有明显的间歇期，而且在间歇期精神状态可以完全正常。所以躁狂抑郁症患者虽然可能多次发病，但精神活动并不发生衰退。不过，由于躁狂患者的兴奋和抑郁患者的自杀倾向对患者自身和社会秩序影响较大，所以应积极进行防治。

（一）流行病学特征及临床症状

躁狂抑郁症的发病多在青壮年，根据1982年全国12个地区协作流行病学调查的资料，本症总患病率为0.76‰，女性患本症较男性为多，而对抑郁症来说更是如此。据西方国家的调查，最低社会阶层比高阶层患重症抑郁症的危险率高两倍，相反，高阶层双相躁狂抑郁患者似较多。躁狂抑郁症的临床表现主要有两大类：

1. 躁狂状态。

这种状态的突出表现，首先是情绪高涨。这是一种强烈而持久的喜悦和兴奋。患者往往眉飞色舞，谈笑风生，洋溢着欢乐之情。由于患者的愉快情绪和他的整个行为相协调，因而具有感染力。但是，由于自制力减弱，对接触到的事物往往作出过分的情绪反应，可以因一点小事不称心而勃然大怒、暴跳如雷。但随后很快又为原先愉快、高涨的情绪所代替。

其次是思想奔逸。患者的联想过程明显加快，说话口若悬河，滔滔不绝，但见解多肤浅片面，内容重复，自以为是。较轻的患者注意力还可以集中，言语前后连贯，意义完整；病情稍重时则注意力随境转移，指导思想进程的观念可随着周围的，特别是新出现的事物而时时改变。一个话题未完，便又转到另一个话题；更严重时可出现语不成句，片断的言语之间只剩下音联、意联以及对周围事物的偶然联系，而缺乏意思上的逻辑联系。

再次是行为活动明显增多。患者天不亮就起床，开始他那极为忙碌的一天。或者不加考虑地去做一些不着边际的事情，结果总是见异思迁，有头无尾。多数患者病后变得特别慷慨，甚至挥霍浪费，买一些贵重而并非必须的物品，作为摆饰或随意送人。严重的患者往往又叫又唱又跳，日夜不停，甚至无法坐定进食，行为无明确目的。

患者强烈而高涨的情绪可影响其判断力，常见的有自我评价过高，有时甚至出现片断的夸大妄想。患者自认为有着过人的体力、才干或学问，因而态度傲慢、盛气凌人。

临床上通常把躁狂状态分成四型：轻躁狂、急性躁狂、谵妄性躁狂和慢性躁狂。轻躁狂是躁狂症中最常见的。轻躁狂和急性躁狂只是轻重缓急程度不同，二者可以互相过渡。如果躁狂状态达到了高峰，并伴有意识障碍，称为谵妄性躁狂。慢性躁狂的患者一般年龄较大，病情可迁延多年不愈，缺少明显的间歇期，其表现与轻躁狂相似。

2. 抑郁状态。

这种状态的显著表现，首先是情绪低落。患者起初表现为疲乏无力，无精打采，失眠早醒，工作能力下降等，以后逐渐出现情绪消沉，忧郁、沮丧，一筹莫展；遇事消极，以往的“过失”和眼前的“不如意事”纷纷涌上心头，萦绕不去。常感前途渺茫，因而悲观厌世，患者常静坐一隅，独自伤心，回避亲友和同事，别人的欢笑只是增加其痛苦，严重的自卑感可使之羞于见人。

患者感到自己思想迟钝、脑子变笨。严重的抑郁情绪使患者总是自责自罪，认为自己成了废物或社会的寄生虫，甚至把过去的一般缺点错误夸大成不可饶恕的罪行而要求处理自己。患者可能因为罪恶妄想而拒绝进食，或采取其他的自我惩罚手段，甚至于用自杀来了结自己“罪恶”的一生。在自罪妄想的基础上还可能产生关系妄想和被害妄想，认为人人都向他投以厌恶的眼光，议论他的罪恶，要判他的罪等。此外患者还会根据便秘、食欲不振和腹部不适等而自疑生了某种不治之症。

由于运动机能受到不同程度的抑制，患者动作迟缓、卧床少动；严重时还会呈现木僵状态。一些有悲观消极观念而无抑制症状的患者自杀的危险性很大。

临床上通常也把抑郁症分为四型：轻性抑郁、急性抑郁、木僵性抑郁和慢性抑郁。轻性抑郁和急性抑郁只是程度上的不同，可以互相过渡。急性抑郁常在精神或躯体因素作用下急性起病。木僵性抑郁常由急性抑郁发展而来，以木僵状态为特征。慢性抑郁与轻性抑郁症状相仿，但病程迁延。

3. 混合状态。

德国精神病学家克雷佩林以情绪高涨、思想奔逸和动作增多作为躁狂症的三大基本症状（即所谓三高），以情绪低落、思维迟缓和动作迟钝作为抑郁症的三大基本症状（即所谓三低）。以躁狂状态的“三高”和抑郁状态的“三低”相互转化，交错出现，甚至部分躁狂症状和部分抑郁症状在患者身上同时混合存在，即称为混合型。但这种类型临床上很少见。较常见的是焦虑或激动性抑郁，这

也是混合型的一种，它表现为情绪低落的同时伴有焦虑不安。

（二）形成原因

躁狂抑郁症的病因和发病机制目前尚不清楚。虽然医学遗传和生物化学的解释、心理动力学派的解释、行为主义学派的解释、社会学因素的解释都从不同侧面提供了线索，但现在看来，躁狂抑郁症也和精神分裂症一样，是许多病理因素交织在一起的结果，每一个病患都可能是个体易感性、外界压力和环境因素以不同比例相结合的结果。

1. 医学解释。

（1）遗传和体型因素。

根据国外的资料，一般居民中躁狂抑郁症的患病率不超过0.4%，而患者的家属中这种疾病的患者率要比一般居民高出10～30倍，而且与患者血缘关系愈近则患病率也愈高。例如，患者的同胞、父母或子女的患病率可达12%～24%，而患者的堂、表兄弟姐妹的患病率却只有2.5%。孪生子的研究资料也表明，单卵双生的同病率可高达69%～95%，而异卵双生却只有12%～38%。据上海第一医学院精神科统计一组躁郁症患者，有家族精神病史者占29%。可见遗传因素是起一定作用的，但如何作用，根据现有的遗传学理论还不能确切地加以解释。

另外也有报道：本病与某种体型也有一定关系。如抑郁症可能与矮胖体型有关。据德国学者克里奇默（Kretschmer）的原始材料表明，62例抑郁症中58例属矮胖体型。但是否有必然联系尚无定论。

（2）精神和躯体因素。

躁狂抑郁症在首次发病之前约有半数以上患者存在精神因素，少数患者存在躯体因素。有关研究证实：重大负性生活事件，即不愉快，有“丧失感”、令人沮丧的生活事件，不仅与神经症性抑郁和心因性抑郁有关，而且可以成为“内源性”情感障碍的发病诱因或促因。例如，Paykel指出：在既往六个月内有重大生活事件者，抑郁症发病危险增高6倍，自杀的危险性增高7倍。而且生活事件

的严重程度与发病时间有关，在经受严重威胁个人安全生活事件的一年内，发生抑郁的几率较常人为高。

（3）间脑功能紊乱。

许多脑器质性病变，诸如外伤、血管病变和肿瘤等都可能引起类似于躁狂抑郁症的精神障碍。尽管与情绪活动有关的脑部结构范围很广，包括间脑、边缘系统、新皮质和中脑网状结构等，但大多数人仍认为间脑，特别是下丘脑的功能紊乱可能与躁狂抑郁症有更为密切的关系。因为间脑的病变可以引起周期性的、形式上相反的精神或躯体症状，例如忧郁和欣快、肥胖和消瘦、多尿和少尿等。文献还曾报道过，手术时刺激第三室附近或下丘脑可诱发情绪欣快和意念飘忽。所以尽管病理解剖还不能证明躁狂抑郁症有任何间脑的形态学改变，但一般都相信其功能上的失调和本病的发生有关。

（4）单胺类物质的代谢紊乱。

据研究，在哺乳动物中发挥重要生理作用的已知单胺物质有儿茶酚胺（如去甲肾上腺素和多巴胺）和吲哚烷基胺（如5－羟色胺）。这两类单胺在脑内浓度高低变化与躁狂抑郁症有一定的关系。临床研究发现，某些抑郁症病人尿内去甲肾上腺素（NE）的代谢物排出量的确明显低于对照组，反映病人NE活性低下；当由抑郁转为躁狂时，尿内NE的代谢产物排出增多，说明躁狂和抑郁与脑内的NE的活性高低有关。另一些资料揭示，尸检发现抑郁症患者脑干5－羟色胺（5－HT）及其代谢产物（5－HIAA）的含量均低，无论躁狂期还是抑郁期，患者脑脊液、尿内的5－HT代谢产物均显著低于对照组。这些资料揭示脑内5－HT的更新率低可能与躁狂和抑郁两者均有关。根据以上资料，出现了多种胺代谢障碍的假说：5－HT缺乏是本病的共同生化基础，构成发病的倾向，而NE功能亢进出现躁狂，NE功能不足则出现抑郁。

还有人提出另一种躁狂抑郁症的发病机制，即胆碱能—肾上腺素能神经功能平衡失调学说。动物实验表明，中枢性拟胆碱药物可引起抑制性的行为效应，而相反抗胆碱能或拟肾上腺素能药物则可引起兴奋。人体的反应也基本上一致，例如抗胆碱能药物阿托品、

东莨菪碱有一定抗抑郁作用，甚至可引起躁狂状态；利他灵有兴奋作用并伴以活动的儿茶酚胺增加，拟胆碱药物毒扁豆碱可以迅速抵消其兴奋。抗忧郁药，如丙咪嗪不仅能使肾上腺素能神经功能亢奋，同时也有显著的中枢性抗胆碱作用。利血平则不仅能减少单胺物质，也具有拟胆碱作用。故平衡状态失调，胆碱能神经功能增加而肾上腺素能神经功能减低可能与抑郁症发病有关，反之则可能与躁狂症发病有关。这个学说和单胺代谢紊乱学说并没有矛盾，而是一个重要补充。

2. 心理动力学派的解释。

精神分析把抑郁看做是一种自我惩罚的形式。弗洛伊德早在1917年就对伤感和抑郁作了论述，认为伤感是对丧失的正常和有意识的反应，而抑郁则由于以前对所失去的人的无意识矛盾和敌对的情感，现在转向了自己，便引起抑郁。引起抑郁的“丧失”往往是心爱的人，也可以是无生命的事物，如手表的丢失，个人的失败，甚至可以是象征性的事件，例如，一个表面上看来是因为失去丈夫而极度抑郁的妇女，实际上是在为她曾经对丈夫怀有厌恶感而自我恼怒。在抑郁症以及躁狂症中的这种自我惩罚体现在一个人为想象中的罪恶而惩罚自己。躁狂抑郁症患者常常承认自己对失去的人怀有负性情感，这种情感在他自己的绝望中起着作用。

一些精神分析学家的实验结果支持“自我惩罚”的观点。海瑞（1976年）把已经恢复了的抑郁症患者的梦和正常成年人的梦作比较，两组被试都间断地被唤醒并回忆诉说其梦境，由不知道被试背景情况的独立评分者来评价这些梦，发现患过抑郁症的人有较多的带有愤怒的自我惩罚的梦。艾特肯森和波利卫（1976年）的实验揭示，那些在实验中被激怒又压抑着不表达出来的人更可能发生抑郁。

3. 存在人本主义学派的解释。

人本主义理论用依赖和独立来解释躁狂抑郁症：当人们失去朋友、工作或健康之后，抑郁症就可能发生，因为这些“丧失”迫使个体必须独立，而这种独立对于患者来说是难以处理的。失去的人

或环境曾帮助病人支持起一个虚假的自我想象，它们一旦消失，破裂的自我就会崩溃，剩下的只有绝望。存在主义心理学家把抑郁症视为个体面临其最终的无能为力的结果。

4. 行为主义理论的解释。

行为主义者认为抑郁症是正常行为强化的减少，相对异常情绪奖励增加的结果。抑郁症的病因集中于“强化率”，个人所得到的社会奖励取决于他们的个人能力和要求、社会经济地位及与他们相互影响彼此“依恋”的人数，如果这些强化因素中任何一个发生变化，如亲友死亡、能力或财政地位的丧失，强化的频率和量就会减少，患者就会不平衡，进而新的较低级的反应水平则可由社会奖励如同情所强化，重者或久之则出现躁狂抑郁症。例如，一个遭受损失的人可以表现为不大开朗、少语、兴趣减少，可能静静地坐着，回避同伴，这种新的行为可由别人的深切关注和照顾而强化。这样，正常情感的强化量减少，而异常情绪症状的强化增加，于是很容易造成一种恶性循环。另一方面，强化的削弱也可能造成抑郁症。例如，一对姐妹在一起生活了很久，都没结婚，与别人也很少来往，当其中一个死后，另一个就得了抑郁症。

5. 认知理论的解释。

（1）认知歪曲。认知理论认为相同的刺激对不同的人可以产生不同的影响。抑郁症患者与正常人不同之处在于，早期的创伤事件使患者对抑郁症敏感化而且易患抑郁症，通过替代性示范和自身标识，抑郁症患者发展了以几种歪曲性的思维模式为标志的认知类型。抑郁症患者歪曲性认知类型的特点如下：

①把积极的成就都看得微不足道；

②把任何问题都夸大成“毫无指望”；

③容易“两极分化”，即从两个极端来看待事物；

④容易把两个孤立的事物或事件看成是普遍的。

由于这些认知上的歪曲，抑郁症患者对他们自身、周围环境和未来都产生了一种消极的看法。例如，“我需要每个人的爱”，“我必须有能力做我所做的事”等观念，而这些非理性的但具有诱惑力

的信念，容易使任何一个人产生压抑反应，而且这些信念也正是临床抑郁症患者的表现特征。

（2）“习得的无助感”。习得的无助感指“完全无望”的感觉和谁也无法改变正在发生的一切的意识。此理论是以动物的研究为基础而发展起来的，以前曾多次经历过无法躲避电击的狗，当被放入有明显逃路的笼子里时，结果还是被动地忍受电击。习得的无助论认为人也同样，当他们为减少痛苦事件所做的努力没有明显的效果时，也会产生一种无助的意识，多次的失败使他领悟到控制这些事件的努力是无益的，最后便与有关的条件妥协，因为他们感觉不到自己的努力和他人的帮助是有益的，即似乎他们是完全无助的，而这种“缺乏控制”和“无助感”，使他们把这次失败归于“稳定的”、“内在的”特征，如“我很愚蠢”、“和我在一起没意思”等，于是自尊和活动水平便都下降了，因此便导致抑郁症。

6. 社会学解释。

社会学调查发现，社会危机可以促发抑郁，有时也可以促发躁狂发作。失业、被捕、家庭破裂、个人冲突以及许多其他环境的和心理的事件对躁狂抑郁症都有影响。但是已经为学者所确认的，与躁狂抑郁症有确实联系的几个社会学因素中，最令人感兴趣的是成就需要和母子分离。

（1）高度的成就需要。据报告，智力水平和社会抱负高的人较容易发生躁狂抑郁症。由于这些人经常对成功抱有过高的期望，而且在对成功的追求过程中精力充沛，所以当无法避免失败时，就会感到绝望，从而继发抑郁。但也有人对此持有异议，认为与其说高度成就需要带来了情绪不稳定，不如说这些动机首先是天生的情绪状态所导致的。

（2）母子分离。无论是对孩子来说，还是对母亲而言，母子分离对母和子的影响都是很严重的。那些在童年时因母亲死亡或离婚而失去母亲的成年人易患抑郁症。原因是由于缺乏母爱或适当的代替者的爱，容易使孩子在情感上陷人极度的沮丧。离开孩子对于母亲而言，无论是出于何种原因，都易使母亲感到有些绝望。

（三）诊断和防治

1. 诊断标准。

根据我国精神疾病分类和诊断标准第 2 版（CCDM－2－R）把躁狂抑郁症描述为：以心境改变——高昂或低落为基本临床表现，伴有相应的思维和行为改变，有反复发作的倾向，间歇期完全缓解。发作症状较轻者达不到精神病的程度。

本病发作可表现为躁狂相或抑郁相，其含义和诊断标准分别为：

躁狂发作诊断标准：

（1）症状标准。

以情绪高涨或易激惹为主要特征，症状至少持续一周，情绪高涨期，至少有下列三项：

①言语比平时显著增多；

②联想加快或意念飘忽，患者自说自话的速度赶不上思维活动的速度；

③注意力不集中或集中不能持久，常出现随境转移；

④自我感觉良好，自觉头脑特别灵活，反应敏捷，或自感身体特别健康，自觉精力充沛；

⑤自我评价过高、夸耀自己可达妄想程度；

⑥自觉睡眠需要减少，且无疲劳感；

⑦活动明显增多，爱管闲事，或出现精神运动性兴奋；

⑧行为轻率，举止轻浮，追求享乐，挥霍浪费，行为不顾后果，富有冒险性；

⑨性欲亢进，卖弄风情或追逐异性。

（2）严重程度标准。

障碍至少造成下列情况之一：

①工作学习或家务能力受损；

②社交能力受损；

③给他人造成困境或麻烦，给自己造成危险或不良后果。

（3）排除标准。

应排除下列疾病：

①精神分裂症；

②躯体疾病伴发的精神障碍；

③脑器质性精神障碍；

④精神活性物质所致的精神障碍；

⑤分裂—情感性障碍；

抑郁发作的诊断标准：

（1）症状标准。

以心境抑郁为主要特征且持续至少两周，此期至少有下列症状中的四项：

①对日常生活丧失兴趣或无愉快感；

②精力明显减退，无原因的持续疲倦无力感；

③精神运动性迟滞或激越；

④自我评价过低，常有自责、内疚感，可达妄想程度；

⑤联想困难，或自觉思考能力显著下降；

⑥反复出现死的念头或有自杀行为；

⑦常失眠、早醒，个别病例睡眠过度；

⑧食欲不振、厌食或体重明显减轻；

⑨性欲明显减退，女性月经不调或闭经。

（2）严重程度标准。

障碍至少造成下列情况之一：

①社会功能受损；

②给本人造成痛苦或不良后果。

（3）排除标准。

应排除以下疾病：

①与躁狂发作相同；

②反应性精神障碍；

③抑郁性神经症；

④更年期抑郁症；

躁狂症：

单次发作躁狂：

(1) 符合躁狂发作的诊断标准；

(2) 病史中无躁狂或抑郁发作的证据。

反复发作躁狂：

(1) 符合躁狂发作的诊断标准；

(2) 过去有躁狂发作史，且躁狂发作之后无抑郁症状，也从来没有过单独的抑郁发作。

抑郁症：

(1) 符合抑郁发作诊断标准；

(2) 病史中无符合躁狂发作的证据。

双相躁狂抑郁症：

至少符合下列两项中的一项：

(1) 过去曾有躁狂发作，本次为符合诊断标准的抑郁发作。

(2) 过去曾有抑郁发作，本次为符合诊断标准的躁狂发作。

躁狂相：①本次为躁狂发作，符合躁狂发作诊断标准；

②以往有抑郁发作。

抑郁相：①本次为抑郁发作，符合抑郁发作诊断标准；

②以往有躁狂发作（包括在抗抑郁治疗中诱发的躁狂发作）。

混合相：①在本次发作中表现为躁狂和抑郁症的混合存在或交替发生。包括在抗抑郁治疗中诱发躁狂发作，或在抗躁狂治疗时诱发抑郁发作；

②躁狂症状或抑郁症状之间缓解期不明显；

③躁狂和抑郁症状混合存在或交替发生，持续病期不短于两周。

鉴别诊断：

(1) 按现行诊断标准：如果多次发作，其中有的是分裂症表现，而有的是情感障碍发作，则按每次发作情况分别作出诊断，不应诊断为分裂情感性精神病。

(2) 本病主要应和情感性障碍伴有不协调精神病理症状及精神分裂症伴有情感障碍者相鉴别：主要鉴别点在于上述两种情况不会

是同时符合两种精神病的诊断标准的。

2. 预防和治疗。

对躁狂抑郁症的治疗常常面临着立即减轻症状的紧急需要。严重抑郁的患者有自杀危险而且也可能以其他方式自伤自残。因此，医疗措施通常是治疗的第一手段，而精神动力学或行为主义等心理治疗则在大多数急性症状都消退之后实施。医疗实践证明，各种心理学方法和医学方法相结合，对治疗抑郁症很有效；就连大量的身体锻炼这样简单的项目都有很大的益处。

(1) 医学技术。

如果说精神病的药物疗法戏剧性地改变了精神分裂症的治疗，那么化学治疗则是对躁狂抑郁症治疗的革命。通过特殊的药物或几种药物的结合使用，不同类型的躁狂抑郁症都可以得到很好的治疗。单相抑郁症可以用包括丙咪嗪、阿密替林在内的三环药物进行治疗，三环类药物直接作用于脑内的生物胺，并稳定突触活动。这类药物治疗抑郁症的有效性，支持了抑郁症的儿茶酚胺假说，但三环类药物有明显的副作用，如头晕、心悸和胃肠反应。

氯丙嗪和氟哌啶醇能较快地控制急性躁狂的症状。碳酸锂对躁狂和轻躁狂都有效，在较少范围内也使用于抑郁症，大多数双相躁狂抑郁症患者，均服用碳酸锂预防躁狂症的复发，长期服用锂盐，对单相抑郁发作也有预防效果。对严重急性躁狂及严重的、有强烈自杀企图的抑郁症患者，抗抑郁躁狂药物治疗无效的患者，在严格掌握适应症的情况下，可合并使用电抽搐疗法。

(2) 心理治疗。

心理动力学方法：对躁狂抑郁症患者，心理动力学治疗家很少采用领悟疗法，多数人采用支持和再保证，他们力图使抑郁或躁狂患者减少焦虑，感到轻松和舒适。一旦患者恢复稳定的情绪，接着就慢慢地揭示精神病的根源。

行为疗法：心理治疗学家通过长期的实践及理论探索，发现抑郁症患者具有一个共同点：对其自身和世界持黯淡的看法，结果，许多患者甚至不能理解那些可以改变其情绪的做法，这些患者需要

获得自知力和理解力，以使他们看到自己的期望是如何影响其情绪的。行为治疗学家的观点倾向于越来越注重患者的被歪曲的态度，许多行为治疗家都在努力教会患者如何更现实地感知和反应，以及如何更有效地控制自己的基于情感的行为问题。

行为治疗技术主要包括以下内容：指导患者做自我观察和自我控制的步骤，使之学会自我强化。首先让患者坚持记录其行为，学会由消极转向积极，并且树立现实的、可达到的目标，督促并鼓励患者去安排一些愉快的事情和自我奖励，从而通过积极行为而得到进一步强化。行为疗法对减轻大多数情绪障碍是有效的、可行的。

认知行为矫正：认知行为矫正法把认知疗法和行为主义疗法结合起来，形成各种治疗步骤，在最初一段自我评价和自我监察之后，治疗具体症状。

①“任务分级法”。治疗抑郁症，最基本的客观手段是让患者重新活跃起来。任务分级法把目标或活动分解成小目标或更小的行为定式，减少对患者的压力，其目的是使任务更简单些，以便患者能完成这些任务，从而获得成功的强化。随着治疗的进展，任务难度要逐渐加大。

②“把不愉快的活动转到愉快的活动”。抑郁症患者的活动水平开始时相对的低，甚至他们无论进行什么活动似乎都不能带来多少快乐。他们每天的活动模式，往往是僵硬而又被动的行为。他们还喜欢与其他抑郁症患者结交，这是一种增加抑郁的倾向。又因为抑郁症患者习惯于消极地对待所有新的建议，所以有力的鼓励和具体的契约（多是书面的）更有助于使他们参加更愉快的活动。治疗者应该向患者强调，对任何一项具体的活动，只有在他们参加了一段时间以后，才能对它作出评价。

③“改变消极观点”。挑战抑郁症患者关于生活的消极观点并改变它，一般多采用埃利斯的理性情绪疗法、贝克的认知疗法等。一段时间后，这种方法可以与自信心训练或其他方法结合使用，使患者重新经历适应的过程。

④“诱发不相容情感”。治疗者想办法诱发出患者的情感反应，

如幽默或恼怒，因为抑郁症患者沮丧的情绪特点与这些反应不相容，并且破坏相应的抑郁情感反应的连续性。

⑤“改变自我语言”。消除患者消极的自我语言，如：“我没用”或“我不会做那件事”，对治疗抑郁症有很大的帮助。经过最初一段的自我监察后，患者会列出一个典型的消极性自我叙述表，而且一般会列出第二个潜在的抵消性的积极陈述表。治疗者应指导患者在不同的时间说出这些积极的陈述，并且要尽可能大声地说出。但常常发生这样的情况，患者保持沉默，拒绝大声地说出那些积极的陈述，因为他们认为，在说这些话的同时，根本就不相信它们能起积极的作用，治疗者应该同意患者的这一说法，但治疗者和患者之间要形成一种契约，在这个契约中患者无论如何要说出积极陈述，治疗者则尽量使患者确信重复这些话一定是有用的。但治疗者难以做到的是无法保证患者在治疗时间以外也坚持这些新的行为，所以要求患者坚持，至少每隔一段时间便依次进行。

⑥“基础意象法”。此方法由拉兹勒斯首先于 1981 年开始使用，此方法为一种系统脱敏法的变式，拉兹勒斯称之为“常规速强化时间投射法”。抑郁症患者所明显缺乏的认知定势是缺少或没有对未来的期待和希望，通过对愉快活动的想象与对未来的领悟相配合的方法，时间投射法便产生积极的期待，因此而产生希望。一般是让患者想象他们正在做以前做过的愉快的活动，然后，要患者保持这种感受和对未来欢乐的想象，再回到目前的现实。这一方法与从不愉快到愉快方法相似，只不过这种方法要求通过想象而不是通过大量的行为来完成。

总之，现有的医疗技术使治疗者可以选择各种治疗方法，如果应用得当，可使几乎 100% 的患者得到显著的改善或完全治愈。心理治疗技术常常作为化学治疗的有效的继续，有些患者必须施与心理治疗，以建立新的反应模式，另一些患者需要通过咨询解除其情感障碍造成的个人情绪上的烦恼。

二、更年期忧郁症

（一）流行病学特征及临床表现

更年期忧郁症（Involutional melancholia）是在更年期发生的一种精神疾病。它的主要特点是：

（1）在更年期首次发病。女性更年期在绝经期前后，约为45～55岁；男性更年期约在55～65岁。

（2）心理异常以情感忧郁、焦虑和紧张为主，可有疑病、自罪、嫉妒等妄想，但无智力障碍。

（3）大多数患者伴有失眠、躯体不适和植物神经系统功能紊乱等症状，并伴有内分泌功能尤其是性腺功能减退或衰老等。

（4）本病在情感性精神病中约占三分之一，而且女性多见。女性发病率约等于男性的3～8倍。

更年期忧郁症一般起病缓慢，病情逐渐发展，病程较长。主要表现为焦虑忧郁和紧张不安，没有明显的思维障碍和运动性抑制。患者情绪低落、忧郁、焦虑不安、恐惧紧张，例如担心自己家人将会遇到不幸，等待着大祸临头而惶惶不可终日，或搓手顿足，坐卧不安，为一些无关紧要的小事而担忧，反复地回想以往不愉快的事情，进而责备自己没有尽到责任，对不起周围的亲人，等等。

患者在焦虑忧郁的情绪背景上可以出现自责自罪观念：悔恨自己成了废物，进而会产生自杀企图与行为；还会出现撕衣服、扯头发、咬手指头、勒脖子，甚至触电门等举动。患者消极悲观，对自己的健康状态担忧，对治疗失去信心。由于对自己身体的点滴不适都过分地加以注意，可进而产生疑病观念，认为自己得了“怪病”或“不治之症”等，因而痛苦万分，时刻纠缠着周围的亲人或医务人员，诉说自己肉体上和精神上的痛苦，乞求援助。患者还可产生非真实感，并为此而深感苦恼，认为自己与周围的人中间“隔着一层膜”或认为别人“蒙上了一层纱”。严重患者可能会千方百计地采取隐蔽的自杀方式，需要特别加以注意。

（二）形成原因

1. 遗传因素。

有人对双生子患者的家属进行调查，发现异卵双生的同病率为6%，而单卵双生的同病率高达60.9%，说明遗传有一定的关系。

2. 内分泌功能减退。

更年期是一个人由中年向老年的过渡时期，身体的代谢和各器官功能正发生着相应的改变，特别是内分泌系统的功能在逐渐地衰老和退化，其中以性腺功能的减退最为明显。例如妇女卵巢的功能从不稳定到停止活动，表现为月经紊乱及绝经等变化。卵巢内分泌的停止必然会影响到与其关系密切的垂体前叶、肾上腺、甲状腺等内分泌系统的功能，并进而影响到大脑皮层和下丘脑的活动，使神经系统的功能不稳定，对外界的适应能力降低并导致交感神经应激性增加，这是女性更年期忧郁症发病的生理基础。由于大多数人都能比较顺利地度过更年期，因此这只是更年期精神病的一个致病因素。

3. 心理—社会因素。

这是更年期忧郁症的重要发病原因。因为，一个人到了更年期这个年龄阶段，身体开始出现衰老的迹象，精力减退，工作能力下降，而且即将面临着退休，失去原已习惯了的工作环境；同时由于内分泌功能的衰退、身体产生不适感，健康情况受到影响，为自己的健康而担忧，势必都会在精神上造成紧张和压力。由于这一阶段，子女一般都已长大成人，面临着工作、解决婚姻等问题，做父母的必然特别关心，并常为此而担忧，也会在精神上造成紧张和压力。这些心理、社会因素作用于因更年期而受到削弱的特殊生理基础之上，如神经系统机能比较脆弱和不稳定，对外界不良因素影响的敏感性增加，适应能力下降等，就容易激发更年期忧郁症。据北京医学院附属医院精神科41例患者的调查统计表明，其中80%患者有各种不同的心理—社会因素。如家里老人或子女有病、亲人死亡、与同事或邻居相处不和等。有的学者也提到由于不合理的社会制度所带来的精神因素，如生活的危机、事业的失败、安全受威

胁、家庭的分裂等，都是造成精神紧张而发病的重要因素。

此外，也有人认为此病的发生与患者的病前性格特点有关。据1976年对上述41名患者的统计表明，其中44%的患者性格特点表现为老实、胆小、不开朗、爱生闷气、心胸狭窄、多疑敏感、犹豫不决等。

（三）诊断和治疗

更年期抑郁症的诊断主要依据其临床表现和特征。如果发病在更年期的年龄，具有明显的情绪抑郁和低落，甚至有自杀的念头，再除去其他的精神障碍，则应考虑为更年期抑郁症。对更年期抑郁症的治疗以心理治疗为主，包括一般性心理支持、消极认知的调整以及积极行为的鼓励等，同时辅以一定的药物，如镇静剂、抗抑郁类药等。

三、反应性抑郁症

反应性抑郁症（Reactive depression）是在长期持续的精神刺激因素的作用下而产生的一种以情绪低沉、忧郁、沮丧焦虑和自责自罪为主要表现的精神疾病，也是一种较常见的心因性精神病。其特点是情绪异常的体验及表现与精神刺激的性质和内容密切相关的；而且随着精神刺激因素的消失，心理异常也得以消除或缓解。经过适当的治疗措施，精神状态即可恢复正常，因此预后良好。

（一）流行病学特征和临床表现

反应性抑郁症的心理异常主要表现为患者特别地多愁善感，情绪极端消沉、沮丧、忧郁，有时也可有焦虑、紧张情绪，对人、对事都缺乏应有的兴趣，患者既不愿主动去接近别人或主动地去做事，也不愿意听从别人的劝告；终日沉湎于自己的创伤性体验之中而不能自拔，凡是与精神刺激因素有联系的情境，都能引起患者的情绪反应，即使时过境迁，仍然会“触景生情”。患者总是消极悲观，严重时有自责自罪以及厌世观念，因此，常常企图自杀。患者在抑郁情绪的影响下，常伴有躯体不适感，主诉多为头疼头晕，食

欲不振、动作迟钝和全身乏力等，而且常有睡眠障碍，主要表现为入睡困难或多梦易醒。

（二）形成原因

反应性抑郁症是由于强烈的或长期的持续性挫折或其他心理冲突因素造成。常见的因素有意外的严重灾难、沉重的意外事件（如亲人突然亡故等），事业失败、被诬陷或陷于难以排解的纠纷，失恋或夫妻不和等，均可成为直接的原因。上述各种事件，对一般常人来说，其心理状态自然也会受到影响以至产生抑郁不快的情绪体验，不过时过境迁，一般人在心情上能很快平复过来。但是，当有些人其忧伤愁闷、低沉沮丧甚至绝望的心情持续较长的时间而不易平复过来时，就可能出现反应性抑郁症。因此，反应性抑郁症是否发生，除了精神创伤这个必要条件之外，还要有其他的条件，诸如躯体素质、神经类型、性格特点以及当前的心理与躯体状态等。同样是不幸的亲人亡故，对于神经类型较为平稳、均衡，性格较为开朗、沉着的人来说，其情绪反应就可能不至达到精神失常的程度，而对于神经类型较弱，具有易感素质以及胆怯、敏感的人来说，引起大脑机能失调，导致情绪错乱的可能性就会大大增加。

（三）诊断与治疗

1. 诊断标准。

CCMD－2－R 对反应性抑郁症的诊断标准如下，必须符合下列各项：

① 病前半个月内有强烈的精神刺激因素。

② 症状内容与精神刺激明显有关，与个体素质因素关系较小。

③ 以妄想、抑郁为主要症状。

④ 排除病因或改变环境后症状迅速缓解，个别病例病程可长达三个月。

鉴别诊断：主要是本病与抑郁症的鉴别。

①反应性抑郁症起病有明显的应激因素；

②无明显的精神运动性抑制，无昼重夜轻的规律，无自责自罪，无明显生物学症状，无严重的自杀企图或行为等。

③ 预后良好，不反复发作。

2. 治疗方法。

（1）心理治疗：对反应性抑郁症来说，心理治疗是首要的根本性的治疗。其治疗的主要过程是和患者一起分析病情，进行解释，指导患者如何对待有关刺激，并教给他们如何对付这些刺激。在心理治疗中，患者的情绪释放和宣泄，可使患者症状和痛苦减轻；同时还要进一步调动患者的主观能动性，尽快摆脱困境，树立战胜疾病的信念，使病情向康复方面转化。对于一些病前个性有些缺陷、对心理应激应付机制有缺陷的患者，应在其恢复期讲明这些问题并给予帮助和指导，以增强其应付应激的能力。在心理治疗时，还应注意给予有力的社会支持，以缓和和减轻患者的创伤性反应。

（2）药物治疗：药物治疗是对症性的，但也是必须采用的。不过对反应性抑郁症来说，不作心理治疗，仅靠药物治疗是徒劳无功的。

四、自杀的心理—社会因素分析

自杀（Suicide）作为一种社会现象，在古今中外各种形态的社会中都可以出现。但是，在现代社会中，自杀成了一个十分突出的问题。由于科学的发达和医学的进步，人类的寿命大大延长，一般疾病造成的人类死亡率逐渐下降，但也由于科学技术的飞速发展和社会状况的迅速变化与前进，给人们的精神造成巨大的压力，作为心理社会因素，特别是紧张情绪刺激，严重地影响着人们的身心健康。据美国的调查资料表明，事故和自杀都已成为人口死亡的十大原因之一，其中事故占第四位，自杀占第十位。而在所谓事故中死亡者有一部分实际上是自杀造成的。据世界卫生组织估计，从1950～1960年，全世界30多亿人口，每年就有30万人死于自杀，自杀率约为10/10万，平均每天1 000人左右，几乎每一分钟就有77个人自绝生命。如果把自杀未遂者也包括在内，则数字要成倍增加。因此，自杀问题已在世界范围内引起了人们的普遍重视。

许多研究显示，自杀者中多数都有心理冲突或心理异常问题。据国外精神病学家的研究，估计约有一半左右的自杀者有情绪抑郁症候群或处在严重的抑郁状态；精神分裂症和病态人格也和自杀企图有联系；在自杀死亡者中间大约有 25%是慢性酒精中毒患者。因此，自杀也就成为变态心理学所关心并进行探讨的重要课题之一。

（一）自杀行为的原因

1. 社会文化的解释。

据报道，社会—文化背景不同的国家和民族，其自杀率的差别是很大的。墨西哥的自杀率只有 2/10 万；美国高其 5 倍为 10/10 万；奥地利高其 12 倍为 24/10 万、斯堪的那维亚各国高其 14 倍为 28/10 万；统一前的西柏林最高，为其 21 倍多，为 42.7/10 万。造成这种差异的社会—文化因素包括：不同的生活方式、民族传统、宗教信仰、教育方式以及对待暴力和攻击的态度，等等。中国人受传统礼教的影响较深，所谓身体发肤，受诸父母，不可毁损，这可能是在中国一贯以来自杀率较低的缘故。有人认为统一前的西柏林自杀率最高，可能是由于当时西柏林是政治上相对抗的特殊焦点，在意识形态上构成了紧张的关系，成为人们大量的动机冲突和挫折的源泉。此外，西柏林的老年人比例特别高，由于老年人生活上的遭遇，尤其是孤独，很容易造成老年性抑郁症，因而大大地增加了自杀率。墨西哥虽然自杀率低，但杀人率相当高；日本杀人率低而自杀率高。这些差异都可能与社会—文化背景的不同有关。

19 世纪法国一位社会学家 Durkheim 就认为，自杀并不是一种简单的个人行为，而是对正在解体的社会的反应。由于社会的动乱和衰退造成了社会—文化的不稳定状态，破坏了对个体来说是非常重要的社会支持与交往。因而也就削弱了人们生存的能力、信心和意志，这时往往导致自杀率的明显增高。在我国“文化大革命”期间，有不少自杀的例子可以说明这点。一般认为在经济和政治的剧变中，在社会的动乱中，并不是所有因素都会造成自杀的，只是当人们在发生社会性的耻辱、失败、遗弃和绝望等情绪体验时才会导

致自杀。

有人认为自杀往往发生在自认为境遇不同于别人的人身上。例如，失恋者自杀是认为别人不会有这样大的痛苦，自己是最不幸的人；孤独者自杀是只看到别人的天伦之乐，而惟独自己孤苦可怜；畏罪者自杀是认为别人都轻松愉快、前途光明，而只有自己才将有身陷囹圄之咎，等等。如果一个人与周围人群处境差别较大，他所体验到的耻辱、忧伤和绝望的情绪就会特别强烈，甚至难以忍受，因而容易出现自杀现象。相反，如果大家境遇雷同，即使是处在十分艰难的甚至非人的境况之中，人们也能忍受下来。例如在世界大战中，尽管炮火连天，社会混乱，妻离子散，但据调查，自杀率却并不高。即使是在纳粹集中营里的犯人，尽管过着非人的生活，却也很少有人自杀。据认为这可能是因为大家共同处在一个类似的境遇下，可以产生一种同类对比现象，从而互相抵消自杀的冲动。

2. 精神动力学解释。

弗洛伊德认为自杀与抑郁症一样，是罪恶感和侵略感转向自身的结果。后来的精神分析学家认为，自杀代表死的愿望战胜了生命的力量，对于正常人来说，这两种天生的驱力大致维持平衡，而生命力总是占据上风，使生命力得以正常的发展。但当支持生命力量的重要支柱瓦解时，如健康不佳、失去心爱的人等，这种力量被削弱，被死神所战胜。

另一种精神分析学家的观点认为自杀的人实际上是在谋杀，他们把另一个人（与之有感情纠葛的人，如伴侣或父母）的自我或本体“掺合”进了自身，并通过杀死自己来处置这个他所愤恨的人。其他的精神动力学派学者也从精神分析理论中获得启示，强调认为隐藏在自杀背后的情感与侵略相似。自毁的人可被看做是一个表达强烈仇恨的人，企图释放其内在的报复和控制得极深的动机，这种人通过自我毁灭，把仇恨集中于另一个人，伤害和操纵那个人剩余的生命。

斯尼曼（1976年）把自杀看成是恳求帮助。自杀者已到了山穷水尽的地步，需要别人的支持。大多数自杀者自杀未遂的事实，

似乎支持这一观点，他们努力尽可能多地表达其绝望，需要寻求帮助，而不是直截了当的自杀行为。

贝克（1977 年）认为失望是多数自杀背后的促成因素，与斯尼曼似乎有异曲同工之意。他用心理测验的方法探索自杀的动机，认为自杀的病人不仅是抑郁的，更重要的是其期望总是消极的，自杀者系统地曲解其体验，并且只预期着最黯淡、悲观的后果，是失望的态度甚于抑郁，而最终驱使其去试图结束生命。

毫无疑问，攻击或绝望的动机在自杀行为中确实起作用，从死者留下的笔记和与自杀未遂者的交谈来判断，敌意、失望、报复和一些其他类似的情感触发了自杀企图。

3. 行为学派的解释。

行为主义学派认为自杀是其对强化的认知转变所致，自杀者在生活中看不到奖励，把死亡看做是强化，认为死亡可引起别人的注意、同情，得到报复的快感及其他们想获得的强化，这种预期的强化有助于解释许多自杀者在自杀行动前所表现的镇定和满足。

有些行为主义学者把自杀看做是操作性行为。行为治疗家给患者实施脱敏法，使其以往的恐惧和紧张变得无害，他们严格控制患者的环境，从而使患者不因威胁性的或潜在的自我毁灭行为而得到强化，只有适应性的反应才得到强化，例如，在医院里患者会因其帮助别人而受到奖励，而不奖励她的优愁和孤独。

4. 生物化学的解释。

因为抑郁症与自杀的关系很大，所以有人用抑郁症的原因来解释自杀，但对自杀者的研究揭示，许多人并不抑郁，也无任何儿茶酚胺的改变，只有少数个体尿中 17 – 羟可的松水平升高。所以化学原因解释自杀尚缺乏确凿的证据。

总之，自杀一般是由于主观上或客观上无法克服的动机的冲突或挫折情境造成，这来自于两方面的因素。一是客观因素（或外在因素），又称环境性挫折，是由于外界事物或情境阻碍了人们去达到目标或满足需要而产生的挫折。如人际关系的紧张，社会竞争，经济手段不当，教育方式不良，亲人死亡以及无法预防的天灾人

祸，爱情的失败，家庭的纠纷，升学与就业不顺利，别人的讽刺打击、上级的刁难，等等。二是主观因素，又称内在个人因素，是指由于个人体力和智力条件的限制不能达到目标；或由于个人健康情况不佳或生理上的缺陷不能胜任工作；或能力不够与知识经验不足，容易在工作中遭到失败。

对于每个人来说，动机冲突和挫折情境都是很难避免的。但由此而产生自杀行为的人毕竟只是极少数，这里，显然还有一个对动机冲突及挫折情境的耐受力问题，不同的个体差别很大。有的人在极严重的挫折面前，坚韧不拔、百折不挠；有的人则在挫折面前束手无策，颓废沮丧，一蹶不振。耐受力的高低与一个人的遗传素质有一定关系，例如神经类型属于弱型或强而不均衡型，耐受力就比较差。但耐受力主要是后天形成的，是环境的产物，有两种人的挫折耐受力较强，一种是在生活道路上遇到过种种挫折，在同逆境的搏斗中提高了自己应付逆境，战胜困难，摆脱挫折的能力，即所谓经过锻炼、考验、饱经风霜的人。另一种是从小受到过良好的家庭、学校教育，受到一定的社会训练，学习了处理挫折技巧的人，即所谓有教养的修养好的人。相反，耐受力差的人往往是那些在生活中从未受过挫折或很少受挫折，并且在童年时受到过分的保护或溺爱的人，另一种是从幼儿期以后就缺乏爱护，遭受“情感饥饿”的人或遭受不断发生的挫折的困扰，个人受到的压力太大，因而变得冷漠、孤独、自卑的人。

当较大的挫折落到一个耐受力差的弱者身上，就有可能发生自杀的悲剧。对于那些情绪状态偏低落和抑郁的人，对紧张刺激的耐受力特别差。一个微不足道的刺激，对于情绪状态偏于抑郁的人可能是一个无法忍受的打击，足以使其走向自杀，所以，对于情绪状态偏抑郁、低沉而又内向的人，尤其是女性，自杀的可能性最大。一般来说，每个有自杀企图的人，当时的心理状态，总会有一些反常的表现，应注意观察，加以防止。

（二）对自杀危险性的评定和预测

关于对自杀危险性的评定，曾有人试用 MMPI 来辨认自杀行

为，也有人用投射测验（包括罗夏墨迹测验和 TAT 即主题统觉测验）来确定自杀危险的程度。还有人使用艾森克人格问卷（EPQ），16 种人格因素分析（16PF），以及泰勒（Taylor）焦虑量表和弗雷伯格的攻击问卷（Aggressive questionnaire）来作自杀行为的预测。上述各种测验对自杀危险性的临床评定有一些用处，但都不能作为一个可靠的评定工具，原因是所有这些测验都不是为了上述目的而编制的。

基赫尔茨（Kielholz）等人（1955 年，1969 年）就曾确定了一个对抑郁者自杀倾向进行评定的项目表：

A. 自杀事实和自杀意图的指征

①过去有过自杀的企图或暗示；

②家庭或近邻曾发生过自杀（暗示作用）；

③直接地或间接地以自杀进行过威胁；

④诉说关于准备自杀的实际想法；

⑤谈过自杀以后的“可怕的平静”；

⑥涉及自我毁损、从高处掉下或灾难等的梦。

B. 特殊症状和综合征

①基本的焦虑和激动；

②长期的睡眠障碍；

③郁积的情绪或攻击；

④生物性危机（青春期、怀孕、分娩、绝经等）；

⑤强烈的罪恶感和缺陷感；

⑥身患不治之症或疾病的强迫观念；

⑦慢性酒精中毒和药瘾。

C. 社会处境

①童年期家庭扰乱（如破裂家庭）；

②缺乏或丧失与他人的接触和交往（隔离、赶出住宅、不愉快的爱情等）；

③与工作或经济有关的困难；

④缺乏明确的生活目标；

⑤缺乏或丧失支持性的社会联系。

由于在自杀行为的背后大都有某种复杂的心理问题，即由引起自杀的不正常的动机所支配，这种不正常的动机在正常人身上以及精神病患者身上都可能发生，但无论发生在精神病患者还是正常人身上，都是一种反常的心理状态；而且，自杀动机的形成以及由动机所激发的自杀行为的爆发一般都有一个发展过程。具有心理异常的自杀者，由于异常心理表现的情况不同，自杀的发展过程时间长短也有所不同。与心因性反应、突然的非理智性行为、病态人格或某些精神分裂症状态相联系的自杀，发展期非常之短；与内源性抑郁症相联系的自杀发展期较长，而神经官能症引致自杀的发展期最长。

有人把自杀者分为两种类型，即情绪型和理智型。情绪型的自杀常常由于爆发性的情绪所引起，其中由委屈、悔恨、内疚、羞惭、激愤、烦躁或赌气等情绪状态所引起的自杀，一般来说进程比较迅速，发展期短，甚至呈现即时的冲动性或突发性。

理智型的自杀与情绪型不同，它不是由于偶然的刺激唤起的激情状态所致，而是由于自身经过长期的评价和体验，进行了充分的判断和推理以后，逐渐地萌发自杀的意向，并且有目的、有计划地采用自杀措施。因此，自杀的进程常比较缓慢，发展期较长。例如孤独者的自杀，精神空虚、厌世者的自杀，为某种教义献身的宗教徒的自杀都属于这一类。由于自杀行为往往有一个发展过程，同时又常有心理异常的表现，因此只要我们掌握必要的有关知识和经验，是可以做到对自杀危险性进行评定和预测的。

（三）自杀的防治

现在，世界上许多国家的大城市都建立了自杀预防中心（Suicide preventive center，SPC），每年处理数以万计的潜在自杀者。自杀预防中心设有专门的值班室，昼夜有人值班，并有热线电话服务，以便需要寻求帮助的人在任何时间里都可得到有经验的医生或其他工作人员的帮助。当接到电话时，自杀预防中心的工作人员，首先是设法鼓励对方保持接触，即与对方保持联络和建立一种信任

的关系；进一步是估计自杀死亡威胁的可能性和紧迫性，通过问话、会谈或用简单的心理测验量表来评估对方的自毁行为的严重程度。如果对方处于抑郁状态，以前曾有过自杀企图或行为，已经仔细考虑了自杀的方法，处在严重的动机冲突或挫折情境之中，这表明其自杀死亡的可能性很大，应立即进行评定，并随即派出富有经验的医生或其他专职人员对自杀者进行接触与交谈。如果对方不愿交谈，也要设法使他平静下来，等待一下，以便寻求恰当的代替办法，使当事人认识到还可以有其他的方法与可能性帮助他摆脱眼前的处境，从而争取一个缓冲的时间，采取进一步的积极的措施，包括奔赴现场直接进行干预。目前，在我国各大城市的一些综合性医院或精神病院也在开设临床心理咨询门诊，其工作范围也涉及到与预防自杀有关的问题。

一般说来，对自杀者的治疗需要采取一系列的措施。第一是要对紧急情境作出反应并缓和或消除与自杀直接有关的危机，即尽快将可能引发自杀行动的导火线去除。例如将处于敌视状态的对手隔离开，然后要进一步把情况彻底弄清楚，并仔细倾听有关的人以及局外人的看法。医生要同自杀者本人进行交谈，使其对内心积郁的情绪、自杀的思想和冲动等的自我表达不受阻碍，以便尽快度过危机。如果外界因素对自杀起重要作用，还要进行必要的社会协调工作，对有关的因素尽可能施以影响。同时对自杀者进行必要的心理治疗。由于企图自杀者常常有抑郁情绪，很多人就是抑郁症患者，这时应给予对症治疗，如抗抑郁剂治疗；如果同时又有焦虑或激动情绪，还要考虑使用具有缓和激动或抗焦虑作用的药物治疗。对于内源性抑郁症患者则需要继续服药较长时间，例如2～4个月，同时还应进行安慰、支持、保证等心理治疗。总之，对企图自杀者应采取心理治疗、精神药物治疗和心理—社会措施相结合的综合疗法。

除了门诊或住院治疗外，还可以成立自杀者的监护小组。这是由若干关心自杀者希望他继续生存下去的人，如双亲、配偶、子女、亲戚、朋友、邻居及职业咨询者等组成。他们可以参加到患者

的康复过程，给予患者慰藉、支持和保证。同时，帮助他解决问题。监护小组不只是与患者交谈和看管患者，而且是给患者以生存下去的动力。监护小组应该随时对可能再次出现的自杀迹象保持警惕。

对于有心理异常的自杀者来说，虽然自杀冲动缓解了，自杀预防中心或医院的监护小组还应寻找出其根本的原因。自杀作为心理矛盾冲突或异常心理的表现，通常来源于抑郁症，或其他精神病，酗酒或药瘾，敌意或绝望以及情绪适应不良或其他的心理混乱状态。因此，进行广义的心理治疗和医学治疗，对于帮助和促使自杀者从病态的心理活动，尤其是异常的情绪和态度中康复过来，都是非常必要的。

第八章　人格障碍

所谓人格，心理学上是指一个人在其生活实践中经常表现出来的较稳定的各种心理特点的总和，也称为个性。它包括个人的能力、气质、性格以及兴趣、爱好等等，是一个人在与环境相互作用过程中所表现出来的独特的行为模式、思维方式和情绪反应。人格障碍亦称“心理病态人格”或“精神病态”，是指不伴有精神症状的人格适应缺陷。所谓不伴有精神症状的适应缺陷，是指在没有认知过程障碍或没有智力障碍的情况下出现的情绪反应、动机和行为活动的异常。例如，一个人的抽象思维过分或畸形发展，就会变得过分理智，缺乏人情味，显得僵化、死板。因此，人格障碍患者常常难以正确估计社会对自己的要求，及自身应当采取的行为方式；难以对周围环境作出恰当的反应；难以正确地处理复杂的人际关系，常常和周围的人，甚至亲人发生冲突；有的甚至超越社会的伦理道德规范，做出违反法律或骚扰他人、危害社会的行为。

一、人格障碍的特征

我国的 CCMD－2－R 对人格障碍的描述性定义是：人格障碍是人格特征显著地偏离正常，使患者形成了特有的行为模式，对环境适应不良，明显影响其社会功能和职业功能，或者患者自己感到精神痛苦。

人格障碍包括一系列差异非常大的适应不良的行为类型，范围从极端被动到暴力反社会行为都在内。在两个极端之间，人格障碍患者可能表现出下列几种极端行为：自恋型（Narcissistic）、戏剧型（Histrionic）、反常型（Eccentric）、过度敏感型（Hypersensitive）、回避型（Reclusive）、过度依赖型（Overdependent），或完美主义（Per-

fectionistic）和顽固的（Inflexible）行为。将这些差异甚大的人群诊断为人格障碍，主要基于他（她）们具有一些共同特点：

（1）一般始于青春期。人格是从小逐渐形成的，人格障碍也是如此。人格障碍的特征往往从儿童期就有发端，到青春期开始显著。因为年龄愈小，人格的可塑性就愈大，因而在青春期以前不能轻易诊断人格障碍。

（2）都有紊乱不定的心理特点和难以相处的人际关系。这是各类型人格障碍最主要的行为特征。不论是被动的还是主动的行为变异，如偏执、自恋、反社会攻击等，都会给他人造成麻烦，带来人际关系的困扰，甚至危害到他人。

（3）常把自己所遇到的任何困难都归咎于命运或别人的错处。因而不会感到自己有缺点需要改正，而常把社会或外界的一切看做是荒谬的、不应该如此。

（4）认为自己对别人无任何责任。如对不道德行为没有罪恶感、伤害别人而不觉后悔，并对自己所作所为都能作出自以为是的辩护。他们总把自己的想法放在首位，不管他人的心情和状态。

（5）总是走到哪里就把自己的猜疑、仇视和固有的看法带到哪里，任何新环境的气氛无不受其行为特点的影响。

（6）其行为后果常伤及他人，使得左邻右舍鸡犬不宁，但自己却不能正确知觉。

（7）总是通过别人的告发或埋怨得知他们的怪癖或不良行为，而不是自己感到有什么心情不安或想不通之事求助于人。

人格障碍的行为问题程度各有不同，轻者完全过着正常生活，只有与他紧密接近的人（亲属或同事）才会领教他的怪癖，觉得他无事生非，难于相处；严重者事事都违抗社会习俗且积极表现于外，使他甚难适应正常的社会生活。

国内南京脑科医院 1947～1991 年期间的住院精神病患者43 530名，其中诊断为人格障碍者 271 例，占 0.6%；但这不代表人格障碍的真正患病率，因为大多数人格障碍患者并不住院治疗。即使如此，国外人格障碍占住院患者比例仍较高，美国的调查是 7.6%。

有些人把人格障碍看成是精神病，也有人混淆了人格障碍和焦虑障碍。实际上人格障碍和这两种障碍有明显的区别：和焦虑有关联的异常可能出现在人生里的任何一个时刻，焦虑异常表现在特殊的害怕、特殊的身体症状或记忆丧失。焦虑是焦虑异常的核心。人格障碍则是人格长期建立的人格特质，使患者的行为从青少年时期或儿童早期起就具有该种人格特性（目前许多学者将发生于 18 岁以下儿童或少年的人格障碍，称之为品行障碍）。人格障碍牵涉到整个人格，渗透到患者所有的思想和行为里。虽然在某些人格障碍类型中，患者常常看起来焦虑或害怕，但焦虑似乎不是异常的主要特征。焦虑异常的患者激烈地感觉到因异常而产生痛苦；人格障碍引起患者本身的痛苦，通常少于对与患者有来往的同事、朋友和家人们所造成的痛苦。

精神病患者过着严重失调的生活，患者往往失去方向感和时间感，和现实的接触严重松脱，这一点主要表现在妄想和幻觉；相反地，人格障碍患者由于对于人际关系有既定的思考模式，因而过着非常定型的、实际上是顽固的生活；而且虽然患者可能透过其狭隘的自私观点现看世界，但他们通常和现实仍保持适当的接触。一般说来，如果个体能与社会环境相适应，就具有正常的人格。而有少数人，他们不能适应社会环境，待人接物、为人处事、情感反应和意志行为均与常人格格不人或不相协调，给人一种“脾气古怪”的感觉，心理学上就称这类人患有人格障碍。

二、形成原因

人格障碍形成的原因较复杂，大量的研究资料和临床实践表明，生物、心理、社会环境等方面的因素都会对人格的形成产生影响，因此认为人格障碍基于某种不健全的先天素质，或在后天不良社会环境因素的影响下形成，两种情况兼而有之。

1. 生物遗传因素。

科学家们对人格障碍的遗传影响进行了有趣的研究。例如：有

人曾对家谱进行研究，发现人格障碍患者亲属中此症的发生率与血缘关系成正比，即血缘关系越近，发生率越高，绝大多数实验表明，同卵双生子比异卵双生子在人格障碍、过失和犯罪等方面的一致率更高。如斯莱特调查8对同卵双生子和43对异卵双生子，发现人格障碍和神经官能症的发病率：同卵双生为25%，异卵双生为20%；对被收养人与其亲生父母的病态人格的一致率进行研究发现，由于被收养人很早就与其亲生父母分开了，没受亲生父母的后天影响，结果表明：亲生父母有人格障碍的，被收养子女有病态人格的患病率高。这都说明遗传因素起着一定的影响作用。

2. 病理生理因素。

人格障碍患者虽然没有发现神经系统解剖、生理上的病变，但一般认为他们在神经系统的先天素质方面有不健全的地方。有人发现有31%～58%的病人脑电图不正常，多是慢波活动形式。大脑不健全可能妨碍病人学习，因此，他们不能从经验中取得教训。这种解释似乎合理，但还没有足够的证据让人接受。心理学家里肯和哈尔，曾针对人格障碍患者缺乏焦虑和内疚的情况，进行了非常有价值的研究。结果表明，在经典条件反射实验中，人格障碍患者的皮肤电反应活动程度比非人格障碍患者低。在一项工作中，发现出错一次就给一次电击，人格障碍患者出错最多，非人格障碍患者最少，从而证明人格障碍患者没有预期的焦虑。哈尔也对原发性和继发性人格障碍患者和正常人的静态反应、紧张反应进行了测量，测量包括心跳、皮肤电反应和呼吸。发现人格障碍患者对静态和紧张刺激的自主反应程度比正常人低，从而进一步证明了人格障碍患者倾向于缺乏焦虑，因而不能从经验中吸取教训等等。这就表明，人格障碍患者在某种神经系统功能上是存在障碍的，但是一般没有神经系统形态学的病理变化。

3. 后天生活环境和社会因素。

这是形成异常人格的外因，而且是很重要的因素，有时甚至是主要因素。一些学者认为人格障碍患者的异常情绪反应与行为方式，都是儿童成长过程中习得的，儿童期间单纯通过观察、模仿，

即可习得许多情绪反应和行为方式，包括一些社会适应不良的行为，并可通过条件反射机理而巩固下来。追溯人格障碍患者的童年，常可发现不良环境对其人格偏离所产生的影响。童年接受家庭中成员特别是父母的行为影响最大。父母的离婚，一方或双方的死亡，父母中有精神病患者或违法犯罪行为，父母对子女的遗弃、虐待、专制、忽视、溺爱、放纵，都可能形成儿童的异常人格。学校教育中对成绩不佳儿童的歧视，对其升学成才的完全失望，坏伙伴的引诱教唆，使失学与流浪儿童增加。诲淫诲盗的新闻媒介、电影、小说的吸引，社会动乱不安，黑社会拉帮结派，都可使社会中人格障碍的发病率增高。另外，成年人在长期严重的精神打击之下(如冤狱、单独隔离禁闭)，也会后遗显著性的人格改变。

4. 心理学的解释。

不同的心理学派持有不同的人格理论观点，即使是对于什么是人格，不同学派看法也不一样，因此对于产生病态人格的原因的解释也各不相同，现介绍几种主要的人格理论学派对病态人格的解释。

(1) 精神分析理论。认为人格的形成主要在5岁以前，如果不能顺利通过口唇期和肛门期，就会形成病态人格。

(2) 个体心理学理论。认为人格是通过补偿自卑感而形成的，病态人格的形成是由于对自卑感的不恰当的补偿。

(3) 行为学派。认为病态人格源自社会性学习的失败.

所有这些解释都从不同侧面解释了病态人格形成的可能的原因，但同时又都没有能够解决和说明实质性的问题。

总之，人格障碍的形成有多方面原因，它们可能综合地起着作用，只是在每一个具体病例中所占地位的主次或比重略有不同而已。

三、常见人格障碍的类型

(一) 偏执型人格障碍

偏执型人格 (Paranoid personality disorder) 又叫妄想型人格，其

行为特点常常表现为：极度的感觉过敏，对侮辱和伤害耿耿于怀，思想行为固执死板，敏感多疑、心胸狭隘；爱嫉妒，对别人获得成就或荣誉感到紧张不安，妒火中烧，不是寻衅争吵，就是在背后说风凉话，或公开抱怨和指责别人；自以为是，自命不凡，对自己的能力估计过高，惯于把失败和责任归于他人，在工作和学习上往往言过其实；同时又很自卑，总是过多过高地要求别人，但从来不信任别人的动机和愿望，认为别人存心不良；不能正确、客观地分析形势，有问题易从个人感情出发，主观片面性大；如果建立家庭，常怀疑自己的配偶不忠等等。持这种人格的人在家不能和睦，在外不能与朋友、同事相处融洽，别人只好对他敬而远之。

偏执型人格的人很少有自知之明，对自己的偏执行为持否认态度，因此在社会上的人数和比例不详。据 1988 年上海市青少年心理卫生调查资料表明，这种人格障碍的人数占心理障碍总人数的 5.8%，实际情况可能要超过这个比例。在调查研究中还发现，偏执型人格障碍患者中以男性较多见，且以胆汁质或外向型性格的人居多。

（二）分裂型人格障碍

分裂型人格障碍（Schizoid personality disorder）是日常生活中和医学心理咨询门诊中比较常见的人格障碍。据上海市青少年心理健康调查资料显示，其中分裂型人格障碍占人格障碍总数的 29% 左右，接近三分之一。1975 年著名的精神病学家罗逊特指出这种类型的人约占正常人群的 7.5%，且男性多于女性。

分裂型人格障碍患者主要表现出缺乏温情，难以与别人建立深切的情感联系，因此，他们的人际关系一般很差。他们似乎超脱凡尘，不能享受人间的种种乐趣，如夫妻间的交融、家人团聚的天伦之乐等，同时也缺乏表达人类细腻情感的能力，故大多数分裂型人格障碍患者独身，即使结了婚，也多以离婚告终。一般说来，这类人对别人的意见也漠不关心，无论是赞扬还是批评，均无动于衷，过着一种孤独寂寞的生活。其中有些人，可以有些业余爱好，但多是阅读、欣赏音乐、思考之类安静、被动的活动，部分人还可能一

生沉醉于某种专业，作出较高的成就。但从总体来说，这类人生活平淡、刻板，缺乏创造性和独立性，难以适应多变的现代社会生活。

这类人的性欲淡漠也颇为突出，他们可称“不近女色”的模范。内心世界极其广阔，常常想入非非，但常常缺乏相应的情感内容，缺乏进取心。他们总是以冷漠无情来应付环境，以“眼不见为净”的方式逃避现实，但他们这种与世无争的外表不能压抑内心的焦虑和敌意的痛苦。

分裂型人格的人可以适应人少的工作，如图书馆书库、山地、农场、林场等，但很难适应人员众多的场合和需要交际的工作。

分裂型人格障碍的形成一般与人的早期心理发展有很大关系。人类个体出生以后，有很长一段时间不能独立，需要父母亲的照顾，在这个过程中，儿童与父母的关系占重要地位，儿童就是在与父母的关系中建立自己的早期人格的。在成长过程中，尽管每个儿童不免要受到一些指责，但只要他感觉到周围有人爱他，就不会产生心理上的偏差。但如果终日不断被骂、被批评，得不到父母的爱，儿童就会觉得自己毫无价值，更进一步，如果父母对子女不公正，就会使儿童是非观念不稳定，产生心理上的焦虑和敌对情绪，有些儿童因此而分离、独立，逃避与父母身体和情感的接触，进而逃避与其他人和事物的接触，这样就极易形成分裂型人格。

（三）反社会人格障碍

反社会型人格（Antisocial personality disorder）也称精神病态或社会病态、悖德型人格等。在人格障碍的各种类型中，反社会型人格障碍是心理学家和精神病学家所最为重视的。

1835年，德国皮沙尔特（Prichard）首先提出了“悖德狂”这一诊断名称。指出患者出现本能欲望、兴趣嗜好、性情脾气、道德修养方面的异常改变，但没有智能、认识或推理能力方面的障碍，亦无妄想或幻觉。后来“悖德狂”的名称逐渐被“反社会型人格”所代替，如今狭义的人格障碍，即指反社会型人格障碍。此种人格障碍引起的违法犯罪行为最多，同一性质的屡犯罪行，特别残酷或

情节恶劣的犯人，其中三分之一至三分之二的人都属于此类型人格障碍。其共同心理特征是：情绪的爆发性，行为的冲动性，对社会对他人冷酷、仇视，缺乏好感和同情心，缺乏责任感，缺乏羞愧悔改之心；不顾社会道德、法律准规和一般公认的行为规范，经常发生反社会的言行；不能从挫折与惩罚中吸取教训，缺乏焦虑感和罪恶感。

根据精神病学家和心理学家研究的成果来看，产生反社会型人格的主要原因有：早年丧父丧母或双方离异、养子、先天体质异常、恶劣的社会环境和家庭环境、不合理的社会制度的影响，以及中枢神经系统发育不成熟等。一般认为，家庭破裂、儿童被父母抛弃和受到忽视、从小缺乏父母亲在生活上和情感上的照顾和爱护，是反社会型人格形成和发展的主要社会因素。儿童被父母抛弃和受到忽视包括两种含义：其一，父母对孩子冷淡，情感上疏远，这就使儿童不可能发展人际之间的温情和亲密无间的关系。随后儿童虽然形式上学习到社会生活的某些要求，但对他人的情感移入得不到应有发展。心理学中所谓情感移人，是指理解他人以及分担他人心情的能力，或从思想情感上把自己纳入他人的心境。其二，是指父母的行为或父母对孩子的要求缺乏一致性。父母表现得喜恶、赏罚无定规，使得孩子无所适从。由于经常缺乏可效法的榜样，儿童就不可能发展具有明确的自我同一性。反社会型人格障碍患者对坏人和对同伙的引诱缺乏抵抗力、对过错缺乏内在愧疚心等现象，都是由于他人赏罚的不一致性，本人善恶价值的判断自相矛盾所造成的；他们的冲动性和无法自制某些意愿及欲望，都是由于家庭成员对于自己的行为无原则、不道德、缺乏自制等恶劣榜样造成的。可见，反社会型人格的情绪不稳定、不负责任、撒谎欺骗，但又泰然而无动于衷的行为，都与家庭、社会环境有重要的关系。

（四）攻击型人格障碍

攻击型人格障碍（Aggressive personality disorder）是青少年期和中青年期常见的一种人格障碍。患者情绪高度不稳定，极易产生兴奋和冲动，办事处世鲁莽，缺乏自制自控能力，稍有不顺便大打出

手，不计后果，患者心理发育不成熟，判断分析能力差，容易被人挑唆怂恿，对他人和社会表现出敌意、攻击和破坏行为。

攻击型人格障碍是一种以意志力薄弱为主要特征的人格障碍，通常还有以下特点：

①情绪急躁易怒，存在无法自控的冲动和驱动力。

②性格上常表现出内外攻击、鲁莽和盲动性。

③冲动的动机形成可以是有意识的，亦可以是无意识的。

④行动反复无常，可以是有计划的，亦可以是无计划的。行动之前有强烈的紧张感，行动之后体验到愉快、满足或放松感，无真正的悔恨、自责或罪恶感。

⑤心理发育不健全和不成熟，经常导致心理不平衡。

⑥容易产生不良行为和犯罪的倾向。

上述表现是主动攻击型的表现，还有一种被动攻击型形式，其主要特征是以被动的方式表现其强烈的攻击倾向。这类人外表表现得被动和服从，百依百顺。内心却充满敌意和攻击性。例如，故意晚到、故意不回电话或回信，故意拆台使工作无法进行；顽固执拗，不听调动，拖延时间，暗地破坏或阻挠。他们的仇视情感与攻击倾向十分强烈，但又不敢直接表露于外，他们虽然牢骚满腹，但心里又很依赖权威。

主动攻击型人格障碍与前面提到的反社会型人格障碍相似，但又有区别。一般说来，主动攻击型人格呈现较为持久的攻击言行、缺乏自控能力，以对他人的攻击冲动为主要表现；反社会型人格主要表现在对他人和社会的反抗言行，具有屡教不改、明知故犯的特征，常以损人不利己的失败结局告终，不能吸取经验教训。简言之，主动攻击型人格的行为以自控能力低下为特点，而反社会型人格则以情感和意志行为诸方面的缺陷为特征。

攻击型人格障碍产生的原因，一般认为主要与以下几个方面的因素有关：

1. 生理原因。

大量动物实验与临床资料表明，攻击行为有其生理基础；一些

生理学家提出，小脑成熟延迟传递快感的神经道路发育受阻，因而难于感受和体验愉快与安全，可能是攻击行为发生的因素。有人报告，暴力犯罪者中脑电波异常多见，特别是颞叶的慢波活动与正向尖波，在普通人群中为2%，在攻击型人格患者中则为14%。另外，攻击行为还与人体内分泌腺和雄性激素分泌过多有关。

2. 心理原因。

(1) 角色的认同与攻击性。进入青春期的男孩，自以为已经长大成人了，而且特别热衷于对男子汉角色的认同和片面理解，强调男子汉的刚毅、果敢、义气、力量、善攻击等特征，因此，他们会在同龄人面前，特别是有异性在场时表现出较强的攻击性，以证明自己是一个男子汉。

(2) 自卑与补偿。每个人都可因自己身体状况、家庭出身、生活条件、工作性质等产生自卑心理，具有自卑心理的人常寻求自卑的补偿方式。当以冲动、好斗来作为补偿的方式时，其行为就表现出较强的攻击性。

(3) 自尊心受挫。青年男子的自尊心特别强，如果经受挫折，往往反应特别敏感、强烈。挫折是导致攻击行为的一个重要原因，“挫折攻击”理论提醒我们：生活中每个人或多或少都会有挫折，因而每个人都有攻击性；挫折越大，越可能出现攻击行为。

3. 家庭原因。

一般说来，攻击性与家庭教育有较大关系。父母溺爱的孩子往往个人意识太强，受到限制就容易采取“还击”；专制型的家庭，儿童常遭打骂，心理受到压抑，长期郁结于内心的不满情绪一旦爆发出来，往往会选择较为激烈的行为来发泄积怨。而且，孩子还会模仿家长的攻击行为。

4. 社会原因。

武打、凶杀的小说和电影使缺乏分析的青年人容易产生模仿和认同。另外，社会上流行的“老实人吃亏”的观念也易使青年人产生攻击行为。

（五）癔症型人格障碍

癔症型人格（Hysterical personality disorder）又称戏剧型人格或歇斯底里人格，其典型的特征表现为心理发育的不成熟性，特别是情感过程的不成熟性，具有这种人格的人的最大特点是做作、情绪表露过分，总希望引起他人注意。此类型人格障碍多见于女性，各种年龄层次都有，尤以中青年女性为常见，一般年龄都在 25 岁以下。

癔症型人格障碍的表现一般有以下几个方面：

(1) 引人注意，情绪带有戏剧化色彩。这类人常好表现自己，而且有较好的艺术表现才能，唱说哭笑，演技逼真，有一定的感染力。有人称她们为“伟大的模仿者”、“表演家”。她们常常表现出过分做作和夸张的行为，甚至装腔作势，以引人注意。

(2) 高度的暗示性和幻想性。这类人不仅有很强的自我暗示性，还带有较强的被他人暗示性。他们常好幻想，把想象当成现实，当缺乏足够的现实刺激时便利用幻想激发内心的情绪体验。

(3) 情感易变化。这类人情感丰富，热情有余，而稳定不足；情绪炽热，但不深，因此他们情感变化无常。容易情感失衡。对于轻微的刺激，也有情绪激动的反应，“大惊小怪”，缺乏固有的心情，情感活动几乎都是反应性的。由于情绪反应过分，往往给人一种肤浅，没有真情实感和装腔作势甚至无病呻吟的印象。

(4) 视玩弄别人为达到自我目的的手段。玩弄多种花招使人就范，如任性、强求、说谎欺骗、献殷勤、献媚，有时甚至使用操纵性的自杀威胁。他们的人际关系肤浅，表面上温柔、聪明、令人心动，实际上完全不顾他人的需要和利益。

(5) 高度的自我中心。这类人喜欢别人注意和夸奖，只有投其所好时才合她们的心意，表现出欣喜若狂，否则会攻击他人，不遗余力。

此外，此类患者还有性心理发育的不成熟。表现为性冷淡或性过分敏感，女性患者往往失真地展示性感，用过分娇羞样的诱惑勾引他人而不自觉。

癔症型人格障碍产生的原因目前尚缺乏研究，一般认为与早期家庭教育有关，父母溺爱孩子，使孩子受到过分的保护。造成生理年龄与心理年龄不符，心理发展严重滞后，停留在少儿期的某个水平，因而表现出癔症型人格特征。另外，患者常有的心理暗示性和依赖性，也可能是本类型人格产生的原因之一。

（六）强迫型人格障碍

强迫型人格障碍（Obsessive personality disorder）是一种较常见的人格障碍，其在人群中的发病率为1.7%，道德观念强而又灵活性差的人易发生此病。男性多见。

强迫型人格的最主要特征就是要求严格和完美，容易把冲突理智化，具有强烈的自制心理和自控行为。这类人在平时有不安全感，对自我过分克制，过分注意自己的行为是否正确、举止是否适当，因此表现得特别死板、缺乏灵活性。责任感特别强，往往用十全十美的高标准要求自己，追求完美，同时又墨守成规。在处事方面，过于谨小慎微，常常由于过分认真而重视细节、忽视全局。怕犯错误，遇事优柔寡断，难以作出决定。他们的情感以焦虑、紧张、悔恨居多，轻松、愉快、满意时少，不能平易近人，难于热情待人，缺乏幽默感。由于对人对己都感到不满而易引发矛盾。

强迫型人格具体行为表现有三个方面：

（1）心里总笼罩着一种不安全感，常处于莫名其妙的紧张和焦虑状态。如门锁上后还要反复检査，担心门是否锁好，写完信后反复检查邮票是否已贴好，地址是否写对了等等。

（2）思虑过多，对自己做的事总没把握，总以为没达到要求，别人一怀疑，自己就感到不安。

（3）行为循规蹈矩，不知变通。自己爱好不多，清规戒律倒不少，处理事情有秩序，爱整洁，严守时刻，但对节奏明快，突然来的事情显得不知所措，很难适应，对新事物接受慢。总之，强迫型人格总是给人以刻板、僵死、缺乏生命活力的印象。

强迫型人格障碍的形成一般在幼年时期，与家庭教育和生活经历直接有关。父母管教过分严厉、苛刻，要求子女严格遵守规范，

决不准自行其是，造成孩子做事过分拘谨和小心翼翼，生怕做错事而遭到父母的惩罚，做任何事都思虑共多，优柔寡断，并慢慢形成经常性紧张、焦虑的情绪反应。一些家庭成员的生活习惯，也可能对孩子产生影响，如医生家庭，由于过分爱清洁，对孩子的卫生特别注意，容易使孩子形成“洁癖”，产生强迫洗手等行为。另外幼年时期受到较强的挫折和刺激也可能产生强迫型人格。有研究还表明，强迫型人格与遗传也有关系，家庭成员中有患强迫型人格障碍的、其亲属强迫型人格障碍的概率比普通正常家庭要高。但持反对意见者认为，亲属的强迫型人格障碍，是由于后天学习该强迫型人格障碍的家庭成员而来的。

（七）回避型人格障碍

回避型人格（Evasive personality disorder）又叫逃避型人格，其最大特点是行为退缩、心理自卑，面对挑战多采取回避态度或无能应付。有回避型人格障碍的人被批评指责后，常常感到自尊心受到了伤害而陷于痛苦，且很难从中解脱出来。他们害怕参加社交活动，担心自己的言行不当被人讥笑讽刺，因而，即使参加集体活动，也多是躲在一旁沉默寡言。在处理某个一般性问题时，他们往往也表现得瞻前顾后，左思右想，常常是等到下定决心，却又错过了解决问题的时机。在日常生活中，他们多安分守己，从不做那些冒险的事情，除了每日按部就班地工作、生活和学习外，很少去参加社交活动，因为他们觉得自己的精力不足。这些人在单位一般都被领导视为积极肯干、工作认真的好职员，因此，经常得到领导和同事的称赞，可是当领导委以重任时，他们却都想方设法推辞，从不接受过多的社会工作。

回避型人格障碍的行为退缩性与分裂型人格障碍的行为退缩性不同：前者并不安于或欣赏自己的孤独，不与人来往并非出于自己的心愿，他们行为的退缩源于心理的自卑。想与人来往，又怕被拒绝、嫌弃；想得到别人的关心与体贴，又因害羞而不敢亲近。

回避型人格形成的主要原因是自卑心理。心理学家认为，自卑感起源于人的幼年时期，由于无能而产生的不胜任和痛苦的感觉，

也包括一个人由于生理缺陷或某些心理缺陷（如智力、记忆力、性格等）而产生的轻视自己，认为自己在某些方面不如他人的心理。具体说来，自卑感的产生有以下几方面原因：

（1）自我认识不足，过低估计自己。每个人总是以他人为镜来认识自己，如果他人对自己作了较低的评价，特别是较有权威的人的评价，就会影响对自己的认识，从而低估自己。有人发现，性格较内向的人，多愿意接受别人的低评价而不愿接受别人的高评价；在与他人比较的过程中，也喜欢拿自己的短处与他人的长处比，这样越比越泄气，越比越自卑。

（2）消极的自我暗示抑制了自信心。当每个人面临一种新局面时，首先都会自我掂量是否有能力应付。有的人会因为自我认识不足，常觉得"我不行"，由于事先有这样一种消极的自我暗示，就会抑制自信心，增加紧张，产生心理负担，工作效果必然不佳。这种结果又会形成一种消极的反馈作用，影响到以后的行为，这样恶性循环，使自卑感进一步加重。

（3）挫折的影响。有的人由于神经过程的感受性高而耐受性低，轻微的挫折就会给他们以沉重的打击，变得消极悲观而自卑。

此外，生理缺陷、性别、出身、经济条件、政治地位、工作单位等等都有可能是自卑心理产生的原因。这种自卑感得不到妥善消除，久而久之就成了人格的一部分，造成行为的退缩和遇事回避的态度，形成回避型人格障碍。

（八）依赖型人格障碍

依赖型人格障碍（Dependent personality disorder）是日常生活中较常见的人格障碍。依赖型人格对亲近与归属有过分的渴求，这种渴求是强迫的、盲目的、非理性的，与真实的感情无关。依赖型人格的人宁愿放弃自己的个人趣味、人生观，只要他能找到一座靠山，时刻得到别人对他的温情就心满意足了，依赖型人格的这种处世方式使得他越来越懒惰、脆弱，缺乏自主性和创造性。由于处处委曲求全，依赖型人格障碍患者会产生越来越多的压抑感，这种压抑感阻止他为自己干点什么或有什么个人爱好。

心理学家霍妮在分析依赖型人格时，指出这种类型的人有几个特点：

(1) 深感自己软弱无助，有一种“我多渺小可怜”的感觉。当要自己拿主意时，便感到一筹莫展，像一只迷失了港湾的小船，又像失去了教母的灰姑娘。

(2) 理所当然地认为别人比自己优秀，比自己有吸引力，比自己更高明。

(3) 无意识地倾向于以别人的方法来评价自己。

依赖型人格源于人类发展的早期。幼年时期儿童离开父母就不能生存，在儿童印象中保护他、养育他、满足他一切需要的父母是万能的，他必须依赖他们，总怕失去了这个保护神。这时如果父母过分溺爱，鼓励子女依赖父母，不让他们有长大和自立的机会，以致久而久之，在子女的心目中就会逐渐产生对父母或权威的依赖心理，成年以后依然不能自主，缺乏自信心，总是依靠他人来作决定，终身不能选择采纳某项事务或工作，并承担其责任，形成依赖型人格。

据天津市少工委对1 500名中小学生的调查，其中51.9%的学生长期由家长整理生活用品和学习用具；有74.4%的学生在生活和学习上离开父母就束手无策；只有13.4%的学生偶尔做些简单家务。从以上分析可知，有些孩子很可能会形成依赖型人格。

（九）自恋型人格障碍

自恋型人格障碍（Narcissistic personality disorder）以极端自我中心为特点。这种人大多表现为自我重视、夸大、缺乏同情心，对别人的评价过分敏感等等。他们一听到别人的赞美之辞，就沾沾自喜，反之，则会暴跳如雷，他们对别人的才智十分妒忌，有一种“我不好，也不让你好”的心理。在和别人相处时，很少能设身处地理解别人的情感和需要。由于缺乏同情心，所以人际关系很糟，容易产生孤独抑郁的心情，加之他们有不切实际的高目标，往往易在各方面遭受失败。自恋型人格障碍的产生与家庭教育中父母的过分宠爱、过高评价有关。

四、人格障碍的诊断和治疗

（一）诊断标准

我国 CCMD－2－R 关于人格障碍的诊断标准包括：

（1）症状标准，至少符合以下所述的三项：

①患者有特殊的行为模式，这种行为模式通常表现在多方面，如情感、感知和思维方式等，有明显与众不同的态度和行为；

②患者具有特殊行为模式是长期的、持续性的，不限于精神疾病发作期；

③患者的特殊行为模式具有普遍性，使得患者社交适应不良。

（2）严重程度标准需符合下述两项之一：

①患者的社会或职业功能明显受损；

②患者主观上感到痛苦。

（3）病程标准：开始于童年、青少年或成年早期，现年 18 岁以上。

（4）排除标准：人格障碍不是躯体或精神疾病或精神刺激因素所引起。

（二）判别维度

人格障碍在情感、认知和行为等方面，都有一些特殊性表现。在判别人格障碍时，我们可以从下面几个方面去分析。

1. 内疚。

所谓内疚，一般指的是我们干了违背自己良心的事情之后，产生的自我责备感。内疚是一个正常人必须具有的，它可以看成是我们完善自我道德的哨兵。一个人如果没有适度的内疚，是难以想象的。

内疚也有健康与不健康之分。健康的内疚有如下特点：①持续时间短；②涉及面小，尤其不涉及人的一些本能要求（如性欲、食欲等）；③由内疚感产生的痛苦能激发人改进自身而不是相反。如果一个人的内疚感深度、广度超过了上述限度，或这种内疚已明显

影响心理的健康发展，那么这种内疚就不健康了。当然，一个人如果对任何事都不产生内疚感，那也会被视为异常。

在人格障碍中，强迫型人格障碍和反社会人格障碍患者的内疚感都是不健康的。前者给自己内心制定的道德标准太高，而事实上又常常难以达到，故常常产生内疚。他们在心理上认为自己应该是“十全十美”的人，而自己又老不争气，因此常为此烦恼。反社会障碍患者则相反，他们对任何事都缺乏内疚感，因此，他们常做出违法或违背社会道德规范的事，而且并无后悔之心，常常屡教不改。

2. 自我评价。

自我评价是自我意识的核心成分，无论何种人格障碍，都有一个共同的问题，就是自我评价不恰当，他们要么自我评价过高，要么自我评价过低。两种情况都是不健康的。

自我评价过高的原因主要有下面几方面：

(1) 自我重视，总觉得自己是个非凡人物，干什么事情都想成功；在生活中，总想当主角，而别人都只配当配角或者是跑龙套的，因此总有一个优越感。自我重视的人，即使失败也不承认，在大众面前，总有“落难公子”之感。癔症型人格障碍、自恋型人格障碍、偏执型人格障碍，都有此特点。

(2) 过分自尊，争强好胜，即便是日常生活中的老朋友相聚打赌取乐，也总要赢了才能踏实，否则，就觉得面子放不下。其实，他们只是想从别人的赞扬中获得满足，他们小心翼翼，看别人的脸色行事，因此，他们对批评的耐受力极低，一遇批评，则雷霆大发。这一特点，可见于偏执型及强迫型人格障碍者。

(3) 对自己的道德修养估计过高。这类人总以“正人君子”自居，“非礼勿施，非礼勿动”，总认为自己富于正义感。但实际上，他们往往出乎意料地脆弱，经不住任何打击。因此，常常有种不安全感、不确切感，总怕自己会干出什么错事。强迫型人格障碍者大多具有此类特点。

自我评价过低的原因可归纳为如下几点：

（1）自信心差，干什么事都缺乏主动性，犹豫不决，对失败过分恐惧，常在某件事发生前顾虑重重。在与人交往中也常过分腼腆，尤其在比自己强的人面前，常会显得手足无措。依赖型、回避型人格障碍者在这一点上表现较为突出。

（2）爱后悔、爱唠叨过去的陈年旧事。有人说过，人总是在心情不好的时候才会回忆过去，这话有一定道理。自我评价过低的人总爱夸大自己的过错，过分后悔，甚至把一些与自己无关的错误也归咎于自己，弄得自己很痛苦。抑郁型人格障碍者就常常有这种情形。

（3）对自己的长处进行抹杀，将短处夸大，因此，常有自卑感。

仔细考察不难发现，许多人格障碍者表面上极其自尊、自大，骨子里却非常自卑。因为，真正的人格健全的人是坚强的，而人格障碍者却异常脆弱，有人甚至将其比喻为“易碎的蛋壳”，他们一受指责，便会暴跳如雷。而另有一些人，表面上自卑，骨子里却自大得要命，或者，经常在自大与自卑之间来回变动，有时，甚至连自己也弄不明白。

3. 归因。

一件事情发生了，人们总要找出其原因，这就叫归因。在心理学上，我们也会对自己的得失、荣辱、成败给予解释，这是一种心理归因，也就是归咎。归因可以是积极的，也可以是消极的。积极的归因可使人看清方向，使人更好地进取；消极的归因则使人迷失方向，陷人混乱，甚至产生痛苦。

偏执型人格障碍者，他们把自己干的错事都归咎于他人或外界因素，即我们常说的“睡不着觉怨床歪”心理。他们常怨这怨那，就是想不到自己身上的错。他们不承认自己能力低下，而只说是别人从中作梗，或天时地利皆不作美，仿佛这样便可心安理得。这是一种典型的“偏执性归因”。必须注意的是，这种心理归因与自我重视并不抵触。这种人凡有一点成绩，便会全盘占有，似乎别人什么也没有干。

强迫型人格障碍者，则常常给自己定下过高标准，而事实上又

常常力不从心，难以达到，于是他们便会转向自我谴责：“唉，我怎么这样无用？我怎么这样无出息？”这种归因一般称为“自我谴责性归因”。

4. 克制（压抑）

对于正常人来说，克制并不需要费太多力气，我们也大多能意识到自己在压抑着何种东西，更重要的是，正常人的压抑不会影响我们的心理活动效率（如思维、记忆等），也不会妨碍人的社会功能。一般说来，与上述诸条相违背的则是病态的压抑。

病态的压抑具有破坏性。在人格障碍中，强迫型的人格障碍者的压抑就有病态的成分。有人将病态压抑的后果归结为如下几点：

(1) 压抑本身使人痛苦：过分的压抑必然造成心情紧张、心烦意乱、脾气急躁。

(2) 心理功能受挫：压抑过度产生焦虑，焦虑使人心神不定，注意力不能集中，难以静下心来读书、工作、交往等。

(3) 生理功能紊乱：如失眠、头痛、头晕、胸闷、手脚出汗等。

冲动型人格障碍、反社会人格障碍的自我克制能力则极差，他们一有内心要求，就必须马上寻求满足，一刻也不能延迟，这也是病态。

除了根据上述维度来分析人格障碍之外，有人还根据人格障碍在人际关系方面表现出来的突出问题，提出人格障碍的尺度（见表8-1）。该表所表明的两种行为尺度（主动的、被动的；与别人关系密切的、与别人疏远的）对于描绘人格障碍相互区别的一些重要方式很有帮助。某些其他障碍也可以置于这样的尺度上，例如一个躁狂的人就是在密切相关的主动尺度的极端出现的，同时一个严重抑郁的人却表现出相反的特征。当然，这两个尺度常常用于人格障碍，因为“有障碍”这个最初的标签，通常是作为一种行为和关系特征出现的，而不是来自自我报告的材料。水平尺度描绘的是占优势的人际关系倾向；垂直尺度描绘的是在一个人总的生活方式中开始和保持的总的活动水平。因此，依赖型人格障碍同别人的关系密切但却很被动，而同时强迫型人格障碍一般都很主动但至少在中等

程度上与别人疏远。

表 8-1　人格障碍尺度

主动的	
有意做作人格	强迫人格
反社会人格	分裂型人格
边缘人格	偏执型人格
与别人密切相关的	**与别人疏远的**
自恋人格	
被动—主动人格	精神分裂样人格
依赖人格	回避人格
被动的	

（三）治疗原则

对人格障碍的病因学及其本质尚未明了，因此增加了治疗上的困难，可以认为到目前为止，尚无根治的办法及成效显著的疗法。

1. 心理治疗。

通过与人格障碍患者深入接触，建立良好的相互关系，以人道主义和关心爱护的态度对待他们，给他们创造一些参与有益活动的条件或场所（治疗性社区），帮助他们逐步认识自己的个性缺陷，帮助与鼓励他们建立信心，制定出逐步纠正这些缺陷的方法与步骤等，在人格障碍的改善上均起重要的作用，不可低估。

2. 教育与训练。

多数学者认为单靠惩罚对人格障碍患者是无效的或只有短暂的效果。对此类患者的教育与训练，需要各方面紧密配合，为他们提供长期的、稳定的服务和管理，特别是卫生部门与教育系统的配合尤为重要。

3. 药物治疗。

对治疗人格障碍本身并无效果，但对控制某些症状有一定效果。如对情绪不稳定者可用小剂量氯丙嗪或奋乃静；对有冲动和攻击行为者可用碳酸锂（或与甲硫哒嗪合并应用）；情绪焦虑明显者可用苯二氮类；分裂型或偏执型人格障碍可试用抗精神病药物等。

4. 精神外科治疗。

大脑定向破坏术虽可以改善某种类型人格障碍的症状，如冲动或攻击性行为，但由于手术可导致不可逆转的脑局部损伤，故应取极为慎重的态度。

第九章　性机能障碍和性变态

自从 Master 和 Johnson 等人在 20 世纪 30 年代开始开创性领域的研究以来，人们逐渐认识到性机能障碍是个人苦恼和婚姻、家庭破裂的主要原因，也是许多社会问题的原因之一。同时，许多调查和临床案例表明，成人中性机能障碍或性变态者的人口比例相当之高。性机能障碍给患者本人及其配偶带来的痛苦是巨大的，也是现实不可回避的；性变态给当事人带来的不只是压力。

其实，早在 20 世纪早期，精神分析学派的创始人弗洛伊德就勇敢地透过人性的本质，揭开了潜藏在人类无意识中的性本能的神秘面纱：原来人类的许多不可思议的行为是由性本能所驱动并策划的。人们在本能地、坚决地否定弗洛伊德的观点的同时，也被他那革命性的理论所折服，弗洛伊德性本能学说的影响迅速地蔓延到其他学科领域之中即为明证。正因为如此，有人认为弗洛伊德是性科学的先驱。

随着性科学的发展，人们发现性机能障碍和性变态的诱因复杂，但真正因器质性病变所致的情况并不多见，绝大多数患者由于认识、心理等因素而造成暂时的或长期的性机能障碍，这类障碍的治愈率一般较高；对于性变态，国内外医学界以及社会都有了发展性的新认识，大多数性变态行为已经有了更加合理的解释，性变态者及时了解这些变化对于扭转性变态，或者缓解自身的罪恶感、压力是极其有益的。本章旨在阐述临床中常见的性机能障碍和性变态的分类、特征、因素分析、矫正与治疗。

一、流行病学特征

（一）性行为与性行为过程

性，表达两方面的含义：一是指男女性别，包括性生理和性心理差别；二是性行为，严格的定义是指男女两性生殖器之间的接触，即目的性性行为。人类性行为在生物学意义上与较高等动物的性行为相似，即繁衍下一代；但人类的性行为的意义又远远高于此，体验独特的灵与肉之交的极度快感是人类性行为的主要内容和直接目的，性高潮中产生的快感被认为是人类最美好、最满意、最强烈的情感体验。随着科学的发展，社会的进步，各种愚昧的禁忌被打破，人类越来越重视性生活的质量，更直接、明确地追求原本就属于人类的美好体验。

Master 和 Johnson 通过多年的实验研究发现，人类的正常性反应从性欲的唤起到重新平复，都遵循着一个周期性的基本程序，即兴奋期、持续期、高潮期和消退期。性反应的第一个阶段是兴奋期，即对性刺激（包括肉体的和幻想的各种刺激）发生反应引起性兴奋；在这一阶段女性的基本生理反应是阴道开始润滑，男性的生理反应则是阴茎因充血而勃起。性反应的第二个阶段是持续期，又称平台期，随着性刺激的时间继续、强度增大，人的性反应周期就由兴奋期进入到持续期。在这一阶段，并没有突然的生理变化作为标志，而是许多生理反应在兴奋期的基础上持续并进一步加强。性反应的第三阶段是高潮期，又称极度兴奋期，表现为性紧张度自发放松，伴有强烈的快感，就男性而言，此时尿道球腺和阴茎的肌肉发生一连串有节奏的收缩，将精液沿尿道及阴茎口射出，这种收缩是男性高潮的顶点，一般持续2～10秒；而女性，耻尾肌开始呈节律性收缩，紧接着发生子宫节律性收缩，随后便有一种快感由阴蒂开始，向整个下腹部放射。男女都出现呼吸加快、气喘、心率增高等强烈的生理反应。性反应的第四个阶段是消退期，即性紧张消退，此期间内对前三个阶段所发生的解剖及生理变化开始恢复，直

至完全恢复至正常的无性唤起状态，通常伴有--种松弛感与欣快感；男性的阴茎逐渐变软、缩小，女性的“高潮平台”消失，阴道开始缩短变窄，子宫、阴蒂、尿道口都回到原有位置。一般来说，性兴奋状态的消退男性比女性发生得要快，而且紧接着男性会有一个不应期，女性却没有。Master 和 Johnson 描述的性反应的四个阶段是对正常的性行为而言的，但由于众多复杂的因素，许多男女在多次性生活中并没有出现上述阶段中的一种或数种，更没有如痴似醉的高潮体验。这就涉及到性机能障碍的问题。

（二）性机能障碍的定义与分类

性机能障碍，一般是指男女缺乏满意的性生活能力，对性生活少有兴趣，对性快感的体验无能为力，相互间的性爱所带来的兴奋、满意和快感被焦虑和抑制所代替。对于不同类型的性机能障碍，目前没有被普遍接受的分类标准。男女两性的性机能障碍的表现有所不同，一般认为男性性机能障碍主要表现为阴茎勃起困难、不能成功地进行性交活动，过去曾用“阳痿”一词来命名这种障碍，后来发现勃起困难不是完全性的，故用阳痿这一名称不完全符合事实，因此，逐步用“勃起功能障碍”这一术语取而代之；而女性性功能障碍主要表现为性交体验不满意、性交活动虽然可以完成，但毫无乐趣可言，旧用“性冷淡”来表征这种障碍，现在也不主张使用这一术语。

Master 及 Johnson 将男性性机能障碍分为四类：阳痿、早泄、射精障碍和交媾困难；女性性机能障碍分为三类：性高潮机能障碍、阴道痉挛与交媾困难（性交疼痛）。Kaplan 提出了另一种分类体系，即将性机能障碍分为性唤起障碍（在女性是性机能障碍；在男性是勃起机能障碍）与性欲高潮障碍（在女性是性高潮机能障碍；在男性是早泄及射精障碍）。在临床中，医生发现许多求治者的配偶存在着除性唤起及性欲高潮以外的其他性机能障碍，尤其是许多女性对性兴趣和性要求程度上的障碍，如性交恐惧等。Kaplan 强调“性要求低下”是许多寻求治疗的男女共同的主诉，因此有必要将治疗面扩大到超过常规治疗范围，除特指的性机能障碍外，考

虑人类性欲的另一种尺度也极其重要，即人的性满足不仅取决于性机能障碍的有无，还取决于性与非性方面的相互关系。Master 和 Johnson 在后来的研究中又从新的角度提出了性机能障碍的分类标准：根据性机能障碍开始的时间，可将其分为原发性障碍和继发性障碍，前者指从初次性生活开始便一直经历着性机能障碍，后者指有过一段满意的性生活后所出现的性机能障碍；根据性机能障碍所处的具体环境，可以将其分为局部环境性性机能障碍和完全环境性性机能障碍，前者指在某些环境中发生而在其他环境中不发生的性机能障碍，如一男性与其配偶相处时阴茎不能勃起，而在情人那里却有相当满意的表现；后者指在任何环境中都发生性机能障碍。

目前，我国常用的分类方式是把性机能障碍分为四类：①性欲障碍；②性兴奋障碍；③性高潮障碍；④其他类型的性功能障碍。

（三）性机能障碍的发生率与影响

尽管人类已基本上冲破了旧有的禁锢，对性的认识有了飞跃，但有关性的话题仍是人类最重要的隐私，因此性功能障碍的准确发生率难以统计。一般的统计主要是通过较大规模的人口调查和对诊所中就诊病人的调查。在国外，金赛（Kinsey）及其同事（1948年、1953年）最先进行了性行为的普查，他们发现，在男性中阳痿的发生率随年龄呈急速增加：20 岁为 0.1%，30 岁为 0.8%，40 岁为 1.9%，50 岁为 6.7%，60 岁为 18.4%，70 岁为 27%，75 岁以上大于 50%；在已婚女性中，从未经历性欲高潮的比例随年龄增长而逐渐减少：16～20 岁为 20%，21～25 岁为 12%，30～35 岁为 5～7%。弗兰克（Frank）及其同事们在美国提供了关于性功能障碍发生率的较新资料显示：在妻子中，63%的调查对象有一种或一种以上的性功能障碍，在丈夫中，有 40%承认有一种或多种性功能障碍。Grade 和 Lunde 在对 225 名丹麦女子进行的随机抽样的个人询问调查中发现，35%有性机能障碍。Netteladt 和 Uddenberg 对 58 名瑞典已婚男子的性机能障碍和性满意度进行调查，结果显示：有性机能障碍趋向的男子约占 40%，经历早泄的占 38%。在国内，虽然目前还没有正式的有影响的大规模调查报告，但从一些医疗机

构的就诊情况及其他渠道可以了解到，性机能障碍者在成年人口中的比例不比国外低。

由于取样的方式有异，更因为不同被访对象对性功能障碍的理解及观念有出入，国外的调查结果之间存在着较大的差异，但综合各方面的研究资料，我们大致可以得出这些事实：性功能障碍的发生率普遍较高，而且女性中性功能障碍者高于男性，这也与多年来男性在性行为中处于主导地位有关。

人们早就注意到，尽管性机能障碍不一定必然引起全面的婚姻状况的危机，但是，有性机能障碍的夫妻往往感到不幸和痛苦，因而他们常常主动寻求治疗。如果治疗没有产生好的效果，则性机能障碍本身可能成为婚姻破裂的直接原因，其后果的严重性是显而易见的。例如在结婚时男子出现勃起功能障碍，这对于其本人和妻子都是一件极不愉快的事，若障碍得不到缓解而延续下去，则夫妻关系失调是迟早的事。有许多有性机能障碍的夫妻回避谈论性方面的话题，特别是关于他们的性愿望，而有关这方面的交流减少，恰恰是夫妻关系全面失调的典型特征。Thorres 和 Collard 在一次回顾性研究中指出，结婚开始时的性生活不满意与婚后离婚的可能性有关，假如关系维持下去，夫妻双方都是不愉快的。

性机能障碍不只给婚姻及家庭带来负面影响，对个体生活质量和心理的影响也是明显的。无配偶患者一方面为这种障碍感到自卑、抑郁和焦虑，另一方面因害怕被他人发现隐情面感到紧张和不安。这两者都有可能影响到患者将来家庭的建立。虽然各种研究得出的结果不完全一致，但确有证据提示、很多性机能障碍者可能伴有自尊心降低、苦恼、抑郁和焦虑等心理异常。

在性机能障碍和家庭关系不和睦之间存在着复杂的相互作用关系，性机能障碍无疑会导致夫妻关系紧张，而在很多情况下，夫妻一方开始出现性功能障碍是在夫妻关系紧张之后，夫妻关系紧张的因素不是惟一的，显然，夫妻关系的非性因素失常又成了性机能障碍的重要因素，一些继发性的性机能障碍和局部环境性性机能障碍往往就发生在夫妻关系的非性因素失和之后。这一点提示我们维系

良好夫妻关系的重要性，夫妻之间的稳定关系一旦被破坏，后果有时比想象中的严重得多，而在这当中，夫妻间的性满足与性和谐对维持夫妻关系的稳定有着重要的作用

（四）性变态的特征综述

变态心理学中所谓的变态是相对于正常状态而言的，有许多变态心理或行为只具有统计学上的意义，本身不含价值负荷，当社会发展到一定阶段后，以往所谓的变态心理或行为也许会被视为正常。在变态心理学中所谓的性变态是指性冲动障碍和性对象的歪曲，即寻求性欲满足的对象和性行为方式与常人不同，通过违反社会习俗的异常性行为而获得性欲满足。它不包括单纯表现为性欲减退或亢进和性生理功能的障碍，所以又称性心理障碍。

一般认为性变态有下述三个特点：一是其行为不符合社会认可的正常标准，这种标准是一定文化的产物，例如，从20世纪七八十年代开始，不少西方国家已先后通过立法承认同性恋者的“合法地位”，甚至允许同性家庭的存在；而在中国，同性恋长期以来被认为是性变态，不过近来有专家建议，在中国精神障碍分类与诊断标准的新版中，不要再把同性恋列入性变态范畴。二是该行为对他人造成伤害，如恋童癖殃及儿童，窥私癖能侵犯别人的隐私。三是该行为违反道德准则，会引起患者的心理冲突和痛苦。中国精神疾病分类方案（CCMD-2-R）提出的性变态诊断标准是：①对不引起常人性兴奋的某些事物、对象或情境有强烈的性兴奋，因此努力去追求，或采用异常性行为方式以满足性欲，或有强烈改变自身性别的欲望。②除性心理方面异常外，其他与之无关的精神活动均无明显障碍。③并非其他精神异常所引起。性变态与正常性行为之间呈一连续系统。绝对性变态者厌恶正常性行为，其变态性冲动呈强迫性，难以克制。性变态者并非性欲亢进的淫秽之徒，他们大多数性欲低下甚至不能参与正常的性生活；他们也不都是流氓成性者，大多数患者一般社会生活适应良好，工作尽责。性变态与人格障碍有联系也有区别，某些性变态行为可作为人格障碍的一部分，但性变态者多数没有突出的人格障碍，没有反社会的行为表现。性变态

者有辨认能力和控制能力，所以他们一旦做出有损他人身心健康、干扰社会秩序的行为时，不可以免除其责任。

性变态有不同的名称和分类，我国精神疾病分类方案将性变态分为三类，一是性取向障碍，如同性恋、恋物癖等；二是性偏好障碍，如异装癖、露阴癖、窥阴癖等；三是性身份障碍，如易性癖。这也是目前最常见的一种分类方法。也有人将性变态分为性心理障碍和性行为障碍，前者指同性恋、露阴癖等；后者如施虐狂、受虐狂、恋童癖等；性行为障碍是一组严重的性变态，常会暴露出伤害他人的行为。

二、性机能障碍和性变态的表现和诊断

（一）性机能障碍的表现和诊断

从不同角度对男女性机能障碍的分类繁多，但最常见的是按性兴趣、性唤起、性高潮以及其他不常见的临床就诊案例将之分为四类：性欲障碍，也称性兴趣低下；性兴奋障碍，也称性唤起障碍；性高潮障碍；其他类型的性机能障碍，如性恐怖、交媾困难、阴道痉挛等。这种分类几乎能适应临床所见的全部性机能障碍患者。

1. 性欲障碍及诊断。

性欲障碍是指对性要求的感受变弱，患者主诉对性生活几乎或完全没有兴趣。因性欲障碍常造成例行公事般的性交或性交时心不在焉。就女性而言，性欲障碍是在性机能障碍诊断中最常见的女性性机能障碍。如同其他类型的性机能障碍一样，这种诊断性分类包含的机能障碍的范围很广，例如有些女性自发性缺乏对性的兴趣，但是能对配偶的亲近作出反应，且能感觉到性唤起及性欲高潮，而另一些女性患者对配偶的性亲近感到恶心，并坚持拒绝其性要求。在诊断女性是否患有性兴趣障碍时首先应考虑到一般女性的性兴趣范围很广，很多时候她们的性兴趣不集中于性交，她们的一些性欲可能消解在日常生活中的其他方面；其次要了解该女性既往对性的欲求程度，因为性欲具有很大的个体差异性，只有和既往相比才有

诊断意义；再次要考虑到此人对性的期待及是否认为自己存在性机能障碍。在对其性兴趣程度作出评定时，不仅要问其对与配偶过性生活感兴趣的程度，而且也要询问其对性的自发欲念、幻想和手淫频度，以及是否对其他男性感兴趣。最后要考虑到夫妻双方对这一问题的认识，由于对性交的欲望因人而异，性欲不同的夫妻之间有时会出现虚假的性欲障碍，当夫妻双方的主诉有较大出人或完全矛盾时，比如一方指责另一方性欲障碍，而对方则怨其性欲过旺，就不能草率作出诊断结论。这些信息有助于澄清她的性兴趣减小是属于局部环境性性欲障碍，还是属于完全环境性性欲障碍。在原发性性欲障碍中，患者婚前对性持否定态度、有不正确的性观念或创伤性的性经历（如被强奸等）可能是最主要的原因；在继发性性兴趣减少的女性中，患者多与配偶的关系不和谐或有其他明显的诱因，如分娩、情感抑郁等。

所有男性和女性一样，也可能罹患性欲障碍。但男性因此求治的案例却不多见，一方面可能是男性性欲障碍常常是其他性机能障碍的并发症状，如勃起机能障碍等，并因这些明显的功能障碍而一并求医；另一方面可能受错误的性认知的影响：即男性是性行为的当然策动者并且总是易于性活动，以至许多男性不愿意承认自己的性要求缺乏或低下。如果男性性欲非正常减退属于原发性性机能障碍，必须仔细检查可能存在的器质性原因，例如内分泌紊乱、前列腺炎等；而继发性性欲减退一般和夫妻关系失和、抑郁、疾病等有关。

2. 性兴奋障碍。

性兴奋障碍也称性唤起障碍，性机能正常的个体在性兴奋阶段会产生特定的生理变化，预备个体能够性交。就男性而言，阴茎充血、变大且勃起；就女性而言，女性的血液流量增加使外阴部膨胀，阴道壁分泌润滑液，与此同时伴有性兴奋感。当上述变化全然没有或非常微弱时，个体就有可能存在性兴奋障碍。在男性方面，性兴奋障碍主要指勃起机能障碍；在女性方面，主要指性唤起障碍。

女性的性唤起障碍在性兴趣正常的女性身上较少发生，它常继发于性兴趣的缺乏。在分娩期间或绝经后，由于体内激素水平的变化可能会损害阴道对性刺激的正常反应。男性的勃起功能障碍，又称阳痿，指男性缺乏保持阴茎勃起的能力，即阴茎不能勃起或勃起的时间太短，不足以维持正常的性交需要。阳痿是男性中最常见且为此就医率最高的一种性机能障碍。根据勃起功能障碍的范围，可将之分为原发性勃起功能障碍和继发性勃起功能障碍。原发性勃起功能障碍是指第一次性交时即发生勃起障碍，并且以后一直如此；这种勃起障碍较为少见，患者一般伴有身体其他方面的疾患，因此原发性勃起功能障碍又称为器质性阳痿。继发性勃起功能障碍则指曾经有过一段时间正常性功能之后发生的勃起障碍。继发性勃起功能障碍主要有器质（如阴茎血液供应不正常、阴茎海绵体血管漏等）和心理两方面的因素，但主要是心理方面的因素，所以习惯上也将继发性勃起功能障碍称为心因性阳痿。勃起功能障碍有几个等级：一些患者只有微弱和短暂的勃起，因而只能有微弱的性生活；另一些人则只有在特殊情况下，如和婚外女性性交时才能勃起；还有一类人则是完全不能勃起，这种勃起障碍一般发生在病人和老年人身上。

3. 性高潮障碍。

正常性行为引导下的性生活的最顶端是性高潮，此时生殖器官部位的肌肉会有节律地收缩。性高潮是性反应周期中最短暂的一个阶段，在生理学上，它是指由于持续的性刺激所积累的神经肌肉兴奋的释放；在心理学上，它却是人类感受到的最强烈、最满意的快感，虽然很短暂，却给人留下极为强烈的情绪体验。性高潮障碍就是指由于男性或女性的因素，双方或一方得不到满意的高潮体验。

女性常见的性高潮障碍是性高潮缺失，指女性在性交中很难有性兴奋或性高潮体验。它的形成原因可能是男性缺乏经验，也可能和女方对性知识的理解程度有关。男性中最常见的性高潮障碍是早泄。对于什么是早泄尚无统一的认识，年轻人第一次性器官接触时出现快速射精是常见的；大多数男性在反复多次的性交以后能适当

控制射精的快慢。Masters 和 Johnson 以男子在性交时能否延迟射精至配偶达到性高潮来定义早泄。也有观点认为，在插入阴道之前、在插入过程中或插入阴道后立即射精属于早泄。早泄通常是一种原发性性机能障碍，患者常伴有快速手淫史且对手淫有内疚感。早泄也可能是一种继发性性机能障碍，其诱发因素主要有：性生活的环境缺乏安全感，夫妻一方或双方有不同程度的焦虑，如害怕怀孕、男方担心自己的性能力等，男方对女方过分崇拜，久别重逢之后的急切性交……男性的性高潮一般与射精同时出现或在射精之前出现，有些患者在阴茎插入后持续很长时间才开始射精或者完全不射精，这又称为射精障碍。

4. 其他类型的性机能障碍。

其他类型的性机能障碍主要包括：阴道痉挛、性交疼痛、射精疼痛、性交恐惧。

阴道痉挛是指当阴茎插入时，由于阴道口周围肌肉发生痉挛以致不能性交或性交剧痛。阴道痉挛是女性不能控制的一种反应。在女性初次性交时也可能会发生轻度阴道痉挛。

性交疼痛是指在性交时感到生殖器疼痛，这种障碍女性多于男性。造成女性性交疼痛的原因很多，例如在阴茎插入时，女性因性兴奋未起而阴道润滑不足的情况下可能出现。

射精疼痛指男性在射精时感到疼痛，这种情况较为少见。可能与尿道、精囊、前列腺或膀胱的炎症有关，也可能因为男性对射精的忧虑使会阴肌痉挛的结果。

性交恐惧可单独发生或最常见与其他性机能障碍，如性兴趣缺失、性唤起障碍伴随发生。性交恐惧的表现很特殊，例如厌恶接触配偶的阴茎和精液或厌恶性交前的爱抚。此障碍可能与早期经历过的创伤有关。

（二）性变态的表现与诊断

1. 性指向障碍。

性指向障碍是性活动的对象不是成熟的异性，而是同性、动物或物品等，国内外报道较多的是同性恋和恋物癖。

（1）同性恋。

同性恋是指以同性为满足性欲的对象，多见于未婚青少年。有人认为同性恋和异性恋之间没有本质区别，性行为是一种连续体，完全的同性恋者和完全的异性恋者处于连续体的两端，而绝大多数个体都是处于中间，即两者兼而有之，只是在具体的社会环境和教养方式中没有显现出来。金赛（Kinsey）曾报道过同性恋的人口比例：单一同性恋和主导异性恋、偶尔同性恋各为35%，主导异性恋、数次同性恋和偶尔同性恋者为20%，异性恋和同性恋相等者为2%，主导同性恋、数次异性恋和偶尔异性恋各为2%，单一同性恋者为4%。另有许多研究资料表明大多数成年人都会有一些同性恋的经历或意识倾向。

同性恋决不是时代的产物，亘古有之；也没有显著的国别、地区差异，世界各国同性恋人口的比例极其近似；同性恋也不是单独存在人类身上，在其他动物群体中也发现了同性恋现象。以前国内的学者一致认为，同性恋的产生与个体童年的教育和生长环境有密切的关系；但许多同性恋者回忆他们童年生活和教养环境时，根本不存在使他们在性认同上产生错位的客观条件。因此，越来越多的学者和临床治疗家认识到同性恋不是单纯后天习得的行为，它可能与其他学科尚未涉及到的遗传因素有关。而且同性恋者除了性指向异于异性恋者外，其他方面无特别异常，绝大多数同性恋者社会适应良好。在同性恋者权利团体运动的影响下，美国于1974年在DSM－Ⅱ中取消了作为精神疾病之一的同性恋，现在的DSM－Ⅲ只把那些因自己的同性恋而自觉苦恼的人算作性心理变态，世界卫生组织也已将同性恋从疾病范畴中删除。

（2）恋物癖。

恋物癖是指以异性穿戴或佩带过的物品这种非生命物质或异性躯体某部分作为性满足的刺激物，通过与这些刺激物接触而引起性兴奋和性满足。恋物癖一般初发于性成熟期，几乎都是男性，多为非同性恋者。所恋物多是直接接触异性体表、具有特殊气味或摸起来能产生特殊感觉的，如女性的内衣、内裤、乳罩、丝袜、月经带

等，有些患者则直接对异性身体的某一部分特别感兴趣，例如头发、阴毛、手、脚等。但对具体的某个患者而言，能够引起性兴奋的物品仅限几种，他们常常会花费很多的时间去收集他们自己所需要的东西，有时甚至不惜用非法手段去获得，并且对获得物十分珍惜，会精心收藏并反复玩弄。

恋物癖者大多对性生活胆怯或者性功能低下，并且也很少有攻击或暴力行为。恋物癖患者常因其变态行为而给自己造成许多麻烦与不幸，但却难以克制自己的行为，因此常常感到极大的痛苦。

异装癖属于恋物癖的一个类型，患者通过穿着异性的服装引起快感。但异装癖患者穿着异性服装与同性恋者穿异性衣服是不同的，后者异装行为是为了吸引同性的注意。

2. 性偏好障碍。

性偏好障碍是指性活动的方式与常人不同，以古怪方式来引起性欲的满足，如露阴癖、窥阴癖、摩擦癖、施虐狂和受虐狂。

(1) 露阴癖。

露阴癖是指以突然向陌生异性露出自己的生殖器或手淫，作为屡次使用的、偏爱的满足性欲的方式的一种性变态行为。露阴癖者大多数是男性，好发年龄为 25 ~ 35 岁，也有少数女性露阴者反复暴露自己的乳房或外阴。男性露阴癖者常常出没于那些昏暗的街道、公园的偏僻处，当遇到女性时迅速解衣露出生殖器，同时说一些下流的话或者手淫，看到对方发生强烈的情绪反应如惊吓、昏倒或厌恶时，就感到非常兴奋和满足。虽然露阴癖者会使对方受到惊吓，但一般不会发生进一步的暴力行为，如强奸等。

露阴癖者常具有内向、被动、缺乏自信等性格特征，露阴之前有渐增的焦虑、紧张的体验。患者有正常的性生活，但在性生活中较为被动和软弱。

(2) 窥阴癖。

窥阴癖指寻求各种机会偷看异性裸体、性交过程，作为满足性欲的偏好方式，在窥视的同时常伴有手淫或者事后回忆所窥视到的情景时进行手淫。窥阴癖也只见于成年男性。至于未成年人与儿

童，出于好奇心偶尔偷看异性生殖器，这种行为不应视为偷窥癖行为。虽然许多成年人偶尔发现他人性交时也会产生强烈的性兴奋，但与偷窥者不同，后者对于偷窥行为有强烈的追求，并习惯以此满足性欲，偷窥行为被抑制后，患者即表现出明显的焦虑不安情绪。

偷窥癖者通常都是异性恋，他们的性格一般比较内向，容易害羞，不善于交际，而且常常缺乏正常的性要求，性生活往往不充分，因此，他们宁愿冒险去偷看异性洗澡，偷看异性大、小便或偷看他人性交场面而获得性欲的满足。

(3) 摩擦癖。

摩擦癖是指在拥挤场合或乘对方不备之际，伺机以身体某一部位摩擦或接触异性身体的某一部分，以达到性兴奋的目的。摩擦癖多见于男性，他们通常在人多拥挤的地方，例如在广场、公交车内、候车厅等，用自己的生殖器去摩擦、挤压陌生异性的身体，从中获得快感。

(4) 施虐癖和受虐癖。

施虐癖是指在性生活中，以向性对象施加肉体和精神上的痛苦作为达到性快感的惯用与偏好方式的一种性心理异常。施虐癖一般多见于男性，施虐程度不一，从轻微疼痛或并无损伤的调戏到极端的残暴行为，有时可导致对方严重的伤害甚至死亡。施虐癖表现在暴力行为上的具体方式有鞭打、脚踢、牙咬、手拧、针刺、刀割、掐对方脖子至其窒息等，除此之外，施虐癖的性满足也可以通过只造成对方精神上的折磨来实现。而在性生活中对配偶施加轻度的口咬、掐捏、拧压等，造成对方疼痛，以增加性快感的现象，在动物和人类均不少见，不属于施虐变态行为。

受虐癖的表现与施虐癖相反，指以被鞭打、践踏、捆绑、绞勒或精神上受辱，作为获得性快感的偏好方式。受虐癖一般多见于女性，受虐程度从轻微凌辱到严厉的鞭打不一，一般来说受虐癖对情境有一定的控制能力，可以在受到严重的伤害之前结束被凌辱的行为。

受虐癖和施虐癖常联系在一起，患者交替充当两种角色。但也

有些施虐癖患者在与正常异性发生性行为时对其进行凌辱或殴打，从而造成其严重的身心创伤。对于这种性变态的成因有多种解释，有人认为施虐是一种象征性行为，代表了对权威的反抗，这种人可能在生活中受到过挫折或曾遭到过异性的拒绝和羞辱；也有人认为施虐是对自卑感的过度补偿作用的结果，是为了显示自己的优越感；还有人认为施虐可能是由于幼年生活中养成的对性关系的错误态度和认识造成的，更有人提出，施虐者自幼即有虐待动物的行为；对于受虐癖而言，有的解释认为受虐可能是对被遗弃或被拒绝所产生的恐惧感的变态反应，也有人认为可能是一种内疚感或罪责感而自责自罚的表现。

除了上述性偏好变态外，还有一些不是十分典型的变态行为，如恋童癖、恋兽癖、恋尸癖等。恋童癖是指以青春期儿童，一般是12～13岁或更小的儿童作为性对象，有的迷恋的对象为女孩或男孩，有的对两性均感兴趣。恋兽癖是指与动物发生性行为以取得性满足，只有发作持续时间为半年以上，方可下此诊断。恋尸癖是指与异性尸体发生性行为以取得性满足感，包括猥亵、奸尸和毁尸。

3. 性身份障碍。

性身份障碍也称性别认同障碍，是指由于个人不认同自己生理上的性别，即患者生理上第一性征和第二性征均明显，但在心理上总不愿接受性别事实，因而形成心理上严重困扰的异常现象。从发展心理学的观点看，个体的性别发展包括两个层面：其一是生理层面，个体自出生即决定了他生理上是男或是女，以后逐渐生长发展，青春期开始以后，个体相继出现与生理性别一致的第二性征，如男性开始长出阴毛、声音变粗，女性乳房变大、声音变尖，而后即为成熟的男性或女性。其二是心理层面，个体在2～7岁之间，在自我观念发展的基础上，一般儿童不仅了解到自己的生理上的性别，而且在心理上也接纳了自己的性别，愿意做男生或女生，此种情形，即可视为性别认同正常。

最常见的性身份障碍是易性癖。易性癖又称性别变换癖，患者从心理上认定自己的性别与生理性别特征相反，强烈希望借助医学

手段改变自己的性器官外形和体态，向异性转化，其性爱倾向为纯粹同性恋。易性癖者在性别角色上有严重的心理冲突，不甘愿扮演与其生理性别相关的角色，不愿穿着适合其生理性别的服装。在两性交往方面，易性癖者希望与同生理性别者接触，而有逃避与异性交往的倾向。因此，易性癖者有时会被误认为同性恋。

性别转换手术始于1926年，1945年在一些国家较为广泛应用，虽然国外有许多换性别成功的报告，但变性后，患者的主性征的功能永远不能发挥，男性变性后没有月经，更不可能怀孕；女性易为男性后不可能有射精行为，换性解决的最大问题也许是患者心理上的冲突得以部分缓除。在国内，尚未听说换性成功的科学报告。有人对手术追踪20年，发现10%～15%手术后患者不满意，伴有的自杀率约为2%。

三、性机能障碍和性变态的原因分析

（一）性机能障碍的原因分析

性机能障碍的原因是错综复杂的，它的核心涉及心理学、精神病学、生理学和药理学等。在临床上，许多患者的性机能障碍都是由一种以上的因素造成的，归纳起来主要有两个方面，即医学原因和心理原因。就具体个案而言，由于这两种因素往往交织在一起起作用，所以可以将这些原因具体分为：①易患因素：包括早期的生活经历；②诱发因素：是指与初次发生性机能障碍有关的事件或经历；③维持因素：它说明性机能障碍为什么能持续存在。

1. 性机能障碍的易患因素。

性机能障碍的易患因素主要有：早期所受的不良教养方式；早期的家庭关系失和；早期创伤性的性活动经历；个体的性知识贫乏；早期精神性欲作用方面的不安全感。

（1）不良的教养方式。

一个孩子所经历的家庭教养方式，这里主要指成人家庭成员对性的认识及态度，对孩子性心理的发展有着重要影响。家庭成员对

性问题的态度和认识的表达方式可能是公开的或隐蔽的，例如，许多家庭从来不讨论两性问题，特别是在孩子面前，他们认为这是一个非常忌讳并且难以启齿的话题，这种态度与认识会在无形之中影响到孩子，孩子极有可能以为性在某种程度上是错误的和羞耻的事；另一些父母可以公开地在孩子面前表示他们对性欲的消极态度，例如一个女孩的母亲告诉她的女儿，性是为了使她的丈夫愉快并获得良好婚姻关系所必须承担的义务，母亲无意间向女儿传达了这样的信息：对女性来说性是无快乐可言的。不难想象，这些消极态度会对孩子成年后的性生活产生极大的负面影响。如果女性第一次性交之前错误地认为性交将是一次可怕的痛苦经历，那么在真正的性交过程中很有可能出现阴道痉挛。

（2）家庭关系失和

儿童怎样看待他们的父母以及儿童与父母的关系，可以影响到他成年后的性态度和性关系。如果父母之间关系不和，缺乏感情，那么孩子就会形成一种不良的男女关系雏形。同样，儿童和父母之间缺乏温暖和感情，到成年时便难以与配偶建立亲密的关系，很明显，孩子与异性父母的关系（母与子、父与女）也是相当重要的。Uddenberg（1974 年）对瑞典已婚女子的一次研究中，发现少有或根本没有性欲高潮者与有良好性欲高潮者相比，前者在儿童期同她们的父亲很少有令人满意的关系。

（3）性知识缺乏。

性知识缺乏是发生性机能障碍的另一易患因素。性知识主要包括对性的态度，对男女生理、生殖器官的了解，对性交过程的了解，对性操作的了解。性知识缺乏者的性知识在很大程度上是根据青春期听到的一些下流笑料，或根据与其同样缺乏性知识者谈论时所获得的不良信息。第一种类型的性知识缺乏者如今不是太多，如认为性生活是淫荡的、肮脏的，射精是伤身的，经常有性欲望、产生性幻想是下流的，这类人会采取歪曲的方式压抑或释放性张力。至于第二种类型的性知识缺乏者，如一个成年女性不知道阴蒂的部位，甚至不知道它的存在，便容易患性欲高潮缺乏症；同样，一个

男性若不知道女性阴道和尿道的区别，很容易造成第一次性交失败，进而诱发其他性机能障碍。第三种类型的性知识缺乏者或由于接受过多的、对性生活的乐趣夸张或歪曲的信息而对性生活有过高的期望，如认为男性在性交过程中阴茎抽动的次数越多、持续的时间越长，越能体会到性高潮的乐趣；或不了解男女在性交过程中性高潮出现的时间差异性，如某些男性认为只要插入并且抽动，对方就会产生快感。第四种类型的性知识缺乏者是指对性交的方式、体位等缺乏了解，固执地认为只有男上女下才是合乎情理的性爱体位。

（4）早期创伤性性经历。

早期的创伤性性经历主要有乱伦、被性骚扰（主要受害者是女性）等。尽管儿童时期不适宜的性活动究竟达到什么程度就会引起以后的性机能障碍还不清楚。但许多临床病例证实了不适宜的早期性活动与成年后性机能障碍或性变态之间的密切关系。关于乱伦，人们的研究及认识都有了进步，金赛（Kinsey）及其同事们对女性性欲进行研究后，认为与老年人乱伦的很少；在女性中，报告有4%在青春期前后同他们的父亲有过性交经历。Finkelhor（1980年）询问796名英国大学生关于与其同胞兄妹的性生活，发现15%的女生和10%的男生有与一个兄弟或一个姐妹有某种性活动，通常这种活动属于探索性质（比如一般的爱抚和触摸对方的生殖器）。在Fritz等的研究中，发现在儿童时期被成人性骚扰过的女子中有23%发生性机能障碍。对此的解释是，女孩子通常把性活动看成对个人的一种玷污，这种经验会带到成年后的性生活中。

还有就儿童时期有关“性骚扰”问题将女性分为三组进行讨论：临床组，该组为患有与儿童时期性骚扰有关的性机能障碍症的女性；非临床组，尽管儿童时期曾受到性骚扰，但主诉性生活质量良好；对照组，无被性骚扰经历的女性。从身心及性调节等方面衡量，临床组明显异于其他两组，而非临床组和对照组之间无差别。儿童时期受到性骚扰会在以后并发性机能障碍，但需经过多长时间才发生尚不清楚。现在的研究结果提示，如性活动涉及到威胁或暴

力，并发生在较大的年龄（已经知道这行为意味着引起更多的内疚），作有强烈的反感，则以后发生性机能障碍的可能性较大。

（5）早期精神性欲作用方面的不安全感。

个人的性欲安全和舒适感缺失，容易导致个体罹患性机能障碍。“个人的性欲”一词是指个体对自己的身体（特别是性解剖）、对性的想法和强烈的欲望而言。许多因素会影响个人性欲发生不安全感和不舒适感，早期的经历特别重要。青春期时间的迟早便是一例，如果一个年轻人生理特征的发育早于同龄人，由此产生的烦恼可能持续到青春期。例如一个女孩子乳房发育比多数同龄的女孩提前，那么她很有可能因遭到同龄女孩的取笑而感到害羞和不安。同样青春期推迟能使个体产生性机能不全的感觉。家庭对子女青春期出现性欲的态度同样会影响个体精神性欲的调节。如果父母鼓励正在发育的子女参与青春期前的交往活动，而不了解他们对独居、对与异性交往的需要，则使他们产生对性生理发育的厌恶并认为它们应该受到否定和抑制。由此产生的对性欲的不安全感可持续到成年期。

2. 性机能障碍的诱发因素。

性机能障碍患者一般都具有上述的易患因素，但这些因素并不必然导致性机能障碍。性机能障碍常被一种或数种特殊的经历所诱发，这些经历称为性机能障碍的诱发因素。例如，一个患有阴道痉挛的女子，她的性机能障碍可能在她第一次见到勃起的巨大阴茎并为之震惊之后发生。性机能障碍的常见的诱因有下列几方面：心理诱因、身体疾病、手术和药物等。

（1）夫妻关系失和。

夫妻间关系失和是性机能障碍最常见的原因，既是诱发因素又是维持因素。虽然一些夫妻能够不顾一般关系的失和而保持满意的性关系，这种情况不多见。良好、和谐的性关系是高质量婚姻的基础和必要条件；另一方面，夫妻之间一般关系的亲疏远近会对性生活产生极大的影响，心和身是相互影响的。比如丈夫对妻子有敌意但又必须尽其义务时，就有一种急速射精的念头，这样往往会造成

早泄。妻子厌恶丈夫时，也会拒绝其性要求而抑制自己的性欲，这样妻子很容易患性冷淡。夫妻之间失调的性生活会进一步加深他们之间的敌意和疏远。长期的敌意和厌恶可以很明显地被医生觉察；而失去感情，或隐藏的愤恨的事实可能会被夫妻否认。

(2) 不忠实的行为。

发现夫妻一方不忠实的性行为是性机能障碍的又一常见诱因，尤其是性欲丧失或勃起机能不良的诱因。对于秘密的不忠实行为的内疚感也可导致性机能障碍。比如有婚外性行为的丈夫而对妻子时会有一种强烈的补偿心理，因急于满足妻子以弥补自己的不忠而造成早泄或继发性阳痿。不忠实性行为本身常反映家庭关系中潜在的其他问题，比如夫妻之间的性生活勉强可以进行但给双方带来的感受不是太强烈，有时夫妻中的一方在与一个新的伴侣发生一次更为愉快的性经历后，才承认过去的性机能障碍。

(3) 配偶性机能障碍。

一方性机能障碍可以由对方的性机能障碍诱发。例如，女性的性高潮障碍或性欲减退与男性的早泄或勃起功能障碍有关。而两者之间又可以相互影响，例如一个男子的妻子对性交失去兴趣，他易发生早泄；一个女子的丈夫发生勃起功能障碍，她也可能逐渐对性交失去兴趣。

(4) 偶然的性交失败。

由于一次孤立的失败经历而造成心理上的阴影，有时能诱发性机能障碍。例如一个男子由于工作的压力喝酒增多，在一个晚上个别狂饮后，发觉想与妻子做爱但阴茎不能勃起。后来，也许在再次喝酒的影响下，因为害怕再次失败，他可能紧张并努力使阴茎勃起，但又不能如愿。再次失败便形成一种害怕失败、表现焦虑和真正失败的恶性循环，以致造成长期的勃起机能障碍。

(5) 创伤性性经历。

性的创伤常诱发性机能障碍。最为明显的例子是被强奸。有些证据表明，许多被强奸的女性，在此后的性交中很少获得快感，而且有可能发生性欲望、性激发和性高潮的机能障碍。被强奸者对性

行为的恐惧反应感也较为常见。

（6）对器质性因素的反应。

较为严重的疾病或外科手术在心理上的反应对决定以后的性调节非常重要。例如一个男子（或女子）在一次心脏病发作后可能发生性机能障碍，因为在缺乏医疗指导的情况下，他惧怕性交可能会诱发再一次心脏病发作。女子因乳腺癌而切除乳房手术后，多达三分之一的人在一年后有严重的性机能障碍。造成这种障碍的原因可能是性的魅力感丧失、抑郁或丈夫所发生的感情突变。

此外，过高的性期望、老龄、抑郁或焦虑、有关药物的长期服用（如吸烟）等也可能成为诱发性机能障碍的因素。

3. 性机能障碍的维持因素。

在性机能障碍的维持因素中，较为常见的是焦虑。因为焦虑往往会抑制性欲和性反应，无论是什么原因引发的焦虑，它都可能因引起回避、缺乏冲动力、阻碍性激发或妨碍性欲高潮等而影响性机能。有些人承认在性生活时感到焦虑，另有一些人注意到在性经历中有种超脱的感觉，好像他们已经成为末卷人的旁观者，而不是性活动的当事人。Master 和 Johnson 将这种现象叫做“参观”。对性生活感到厌烦或发怒可能也反映了个体内在的焦虑。此外对性生活信心不足，有失败的预感，内疚，夫妻间缺乏交流、关系僵化，惧怕沟通，自我形象损害等都可能成为性机能障碍的维持因素。

（1）性行为焦虑。

这是性机能障碍持续存在的最常见的原因。有勃起困难和早泄的男子及有性欲高潮障碍的女子尤其如此。例如有勃起功能障碍的男子，总是担心是否能够勃起；如果能勃起，又关心性交时保持勃起能否达到足够长的时间以使对方满意。他也可以努力“主观促成”它的勃起，而不是作为对性爱快感的自发反应　当阴茎进人阴道时，他感到最需要勃起，此时他的注意力完全转移到是否能持续勃起上，他可能会变得异常焦虑，这反而强化了他的勃起困难。同样，难以达到性欲高潮的女子也可能有一些想法，例如“假如我不能立即达到性高潮，我丈夫会疲子刺激我”，或“假如我没有性高

潮，这会伤害他的自豪感”。鉴于这些想法，加上男子往往把使女子达到性高潮置于夫妻间其他关系之上，以满足他们自己性行为的过高要求，致使许多女性在性交时不由自主地将注意力集中于等待性高潮上，有时甚至伪装出现性高潮。因此性行为焦虑通常与不注意自己的快感和满意却单纯去履行或满足对方过分的性要求有关。这种焦虑又进一步影响到自己对性快感的体验，直至出现性机能障碍。

（2）对失败的预感。

多数有性机能障碍的夫妻，对每次性活动的可能结果产生预感，这也与性行为焦虑密切相关。例如，一次失败接着一次失败，最后夫妻等着失败，这样便形成了一个恶性循环，导致性机能障碍的持续存在，以至最后干脆终止性生活。

（3）内疚。

这是性机能障碍患者所经历的一种常有的感觉。它可能反映由于严格教养导致的对性欲产生长期的抑制。因此，患者不可能尽情地享受性生活的欢快；由于觉察到自己性机能障碍对配偶的影响，也可能感到内疚。例如，分娩后丧失性欲的女子，由于拒绝丈夫的性要求或勉强应付丈夫而感到内疚，虽然性交，但她感到这只是义务而无快感，从而慢慢阻碍正常性欲的恢复。

（4）夫妻间缺少交流和夫妻关系僵化。

许多发生性机能障碍的夫妻之间不能谈论与性生活有关的话题。结果不仅夫妻间不能表示性欲的要求，而且双方开始相互怀疑对方正在想什么。这种怀疑会引发一系列的糊涂观念，进一步加重了性机能障碍。例如在分娩后性欲减退的女子，不愿告诉丈夫在开始唤起她的性欲之前需要更多的温柔和爱抚。一旦遭到她的拒绝，丈夫可以误解她对性交的热情减低，并立即停止爱抚行为，因为他可能认为妻子需要他快速行动，于是仓促完事。

夫妻关系僵化是性机能障碍常见的诱因，如果持续不和则是一个很重要的性机能障碍的维持因素。对于大多数人来说，性欲、感情、信任和全面的和睦是密切联系的，如果这些因素之一出了问题

便会影响所有其他因素。假如夫妻一方感到不满意或对对方失去感情，便不能保持很好的性关系。

(5) 私通的惧怕。

惧怕私通是性机能障碍的一个原因。Kaplan认为，一个有私通问题的人，可能会有一个接一个的私通关系，每一个关系以涉及另一个家庭或社会的威胁而告终。伴侣因怀疑和惧怕对方私通而不能专心于性关系，时刻感到相互爱抚的亲密和性的唤起受到威胁。因此惧怕私通是性机能障碍持续的一个重要原因。如果对方真的存在私通关系，可使双方发生持久而日益严重的性机能障碍。

(6) 自我形象的损害。

一旦个体性机能障碍被确定，造成个体自我形象的损害，带来的影响是持续保持性机能障碍或使其进一步恶化。例如，一个男子的“男子气概”可因勃起机能障碍而逐渐消失，由于这种感觉而引起的焦虑又可并发勃起困难。同样，一个同丈夫性交时从未达到过性欲高潮的女子，可能感到自己不是一个完美的女人。

体型也是自我形象的重要方面。对体型认知也可引起持续的性机能障碍。例如，一个感到乳房和腹部肥大的女子，会认为丈夫不喜欢她的体型而不对她进行爱抚。

此外，性知识缺乏、性交前缺乏充分的爱抚、精神病以及长期服药等都可能成为性机能障碍的维持因素。

(二) 性变态的成因分析

1. 性变态的理论观点。

对于性变态的成因，变态心理学中有两种对立的解释：一个是来自精神动力学的观点，另一个是行为主义的观点。

弗洛伊德的理论认为，儿童在性心理发展阶段期间，假如固定于某个层次的性适应，将会阻碍儿童正常发展至下一个性心理的发展阶段。在固定的过程中，个体关注情感于物体，对于原本是中性的物体产生强烈的正面或负面情感。个体对于所选择的物体贯注心理能量，当贯注的情感是正面时，个体将性感受加在该物体身上，恋物癖可能就是这种早期依附的结果。当贯注的情感是负面时，个

体会产生害怕情绪，如恐惧症患者的恐惧情绪反应。而行为主义理论则基本上认为性变态一直连接于某些不寻常的物体或活动，例如一个刺激（女鞋）连接于情绪反应强烈的性兴奋，因为性变态使个体进行某些极端的动作，而引起性兴奋的感觉，例如对于暴露癖而言，暴露自己这样一个反应因为性兴奋的快乐而受到强化。当这些制约事件发生在个体早期生活，而此个体也因某些原因自控能力不足或自尊不高，因此个体的社交活动受到限制，而陷入孤立的状态，这样性变态就更易发展。

行为取向的治疗报告过一些治疗成功的案例，但是也有许多是失败的。成功的治疗多半涉及某种形式的厌恶治疗。精神动力治疗性变态成功的例子也有过报告，但次数不多。我国从事临床研究与实践的钟友彬先生结合我国实情，将精神分析理论发展为“认知领悟疗法”，在性变态行为的治疗上取得一定的成就。

2. 性变态的一般原因。

（1）个体早期的生活环境。

个体早期的生活环境主要包括父母对儿童的教养方式和儿童的交往对象。儿童对自己性别的最初意识来自于父母的启发和期望，有许多父母以对待男孩子的方式教育女儿，那么有可能使女儿混淆自己的性别角色；儿童最初的交往对象往往会影响儿童的性别意识，儿童主要通过模仿获得性别角色，如果儿童早期多与异性接触，很少接触到同性的年龄较大者，那么儿童极有可能获得相反的性别角色。

（2）个体的性格特征。

一般性格内向、孤僻怕羞，对自己没有信心，不善于与异性交往者比性格外向的个体更易产生变态的性心理及行为。因为内向、孤僻怕羞的个体不易很好地与异性交往，积聚的性能量得不到正常的释放，当个体受压抑到一定程度后，就会以歪曲的方式释放性能量，最初的释放方式也许只是轻微的异常，但随着次数的增多，强度的增大，感觉阈限逐步增高，个体轻微的异常行为就会发展为变态行为。

此外，个体的不良的学习经验、早期创伤性经历、正常的异性恋爱受挫等都会直接或间接造成个体的性变态。

四、性机能障碍和性变态的治疗和矫正

性机能障碍患者的家庭生活通常是不幸的，各种性机能障碍对于患者本人或其配偶都是一种折磨，它会导致患者夫妻关系的恶化，甚至家庭破裂；它会造成患者对生活失去信心，产生自卑感，有持续的焦虑体验，严重时患者身心俱焚。无论对于患者本人还是对其配偶来说，积极寻求治疗，尽快恢复性机能实在是当务之急。

各种类型的性变态也是不可否认的社会存在。尽管大多数性变态行为不会对他人造成伤害，但由于受到各种社会规范、风俗等的约束，性变态者一般都会因自己的变态性行为而产生极大的心理压力，同时他们的变态行为又阻碍他们建立符合社会规范的家庭或影响他们已建立的家庭关系；随着社会的发展，人们对性变态的看法有了进步，不再认为性变态是一种人格障碍或思想作风问题，但有时仍会影响到他们的人际关系和工作，甚至导致他们社会适应不良和社会性交往退缩。因此，对于自感苦恼的性变态者和因自己的性变态行为而对他人的生活造成不良影响的性变态者（露阴癖、施虐狂等）来说，通过积极的干预手段矫正其异常的性行为是有必要的。

在本节中，就性机能障碍的治疗与性变态的矫正作浅显的探讨。

（一）性机能障碍的治疗综述

在进行性功能障碍治疗前，首先要明确两个问题，即先要通过正规的医学检查以排除影响性机能的躯体方面的疾病，如是否是因前列腺炎而造成的性欲减退等，在排除了躯体疾病以后再考虑对症治疗；如果性功能障碍是由躯体疾病造成的，则需要先对躯体疾病进行治疗。其次要明确有无婚姻问题需要调解，如果没有则可以进行性治疗，否则需要先解决婚姻问题。在明确这两个问题以后，再

给予恰当的治疗，大多数性机能障碍是可以治愈的。

心理动力学治疗、医学治疗和行为治疗对性机能障碍都是有效的。例如迈克海尔（1976 年）把药物治疗与心理治疗技术结合起来，他在治疗女性阴道痉挛时使用镇静剂、安定片，结合个别交谈进行。通过 4～6 个月的治疗，几乎所有的患者都报告说得到了完全的放松，而且有一半以上的妇女体验到了性高潮。有临床报道抗抑郁类药物对于早泄有很好的治疗效果。行为疗法对治疗性机能障碍也有不错的疗效，例如通过系统脱敏疗法，性高潮抑制和性焦虑症都会获得改善。通过逐步暴露法，对性冷淡有较好的疗效。使用强化和较复杂的社会学习疗法，夫妻都可以获得达到性兴奋和快感的技术。

传统的心理治疗对性机能障碍有一定的治疗效果，但 Master 和 Johnson 开创的性疗法对性机能障碍的治疗更为有效和成功。这种性治疗法包括四个步骤：第一，配偶双方要一起参与治疗；第二，帮助他们通过言语及动作交流其在性关系中的感受。第三，授以有关性交活动的解剖等生理知识；第四，进行一系列渐进的"性交指导课程"。下面具体介绍他们的这种治疗方法：

1. 交流。

夫妻之间不光无拘无束地交流彼此对于性交的体验，也应交流双方的期望和要求。有些女性认为所有的男性都本能地知道如何进行性交，如何取悦女方，实际上并非如此。因此，许多问题可能就出在不甚了解对方的欲望和要求，通过坦诚的交流，对于解决问题会很有帮助。

2. 教育。

应该强调性反应存在性别的不同。男性的性冲动和性兴奋来得迅速，往往很快便达到高潮，随即射精，然后急速消退。女性则不然，需要酝酿相当长的时间以后才能逐渐达到较高的水平，有的甚至不一定出现性高潮，有的要到最后才能达到性高潮，而后才逐步消退。双方了解了对方的生理、心理特点之后，有助于相互间更好地配合。

3. 系统课程。

系统课程分为非生殖器性感集中训练和生殖器性感集中训练。

（1）非生殖器性感集中训练。

这种训练首先要征得夫妻配偶双方的同意，在实施此项治疗计划期间，不能进行性交。不能互相抚摸生殖器和女性的乳房，直至完成性感相互影响的几个阶段为止。在训练开始进行时，应由配偶的一方试探性地抚摸对方的全身（避开生殖器和乳房），也可以用嘴亲吻和爱抚身体各个部位，而另一方则集中体验爱抚引起的感受，并且让对方知道自己喜欢什么，不喜欢什么。在双方感到他们能进行充分的抚摸时，则相互交换角色。每次抚摸的持续时间和抚摸的某一部位的持续时间，可根据自己的感受而定。

非生殖器性感集中训练进行几次后，夫妻应相互直爽地交流感受，然后医生应向配偶的各方详细了解所发生的情况，并给予咨询或鼓励。在配偶双方都能从训练中获得良好的体验后，进入下一个阶段的治疗。

（2）生殖器性感集中训练。

配偶双方轮换担任对另一方进行抚摸的角色，这时抚摸的范围扩大到女方的乳房和配偶双方的生殖器。双方尽量随意欣赏性兴奋的来临。注意体验性兴奋的感受，并可试着对性兴奋的增高和减退进行控制，同时配偶双方应该继续相互坦诚地交换意见和要求。本阶段不能性交，当配偶双方在生殖器性感集中训练中获得性兴奋，并体验到性快感时，则可进入下一个治疗阶段。

（3）阴道容纳。

阴道容纳的体位应进行实验性选择，一般不主张男上位的姿势。一旦阴茎纳入阴道，配偶双方应该保持静止状态，注意体验舒适的快感。阴道容纳的持续时间依配偶双方的意愿而定，当感到快要有性高潮时，就重新激发性兴奋，即抽出阴茎，使强烈的性欲减退，然后再进行爱抚，重新激发性欲，再将阴茎插入阴道。在每一次治疗中，引导容纳应重复 2～3 次，并且持续时间可逐渐增加。一般阴道容纳训练可进行 4～7 天，着重体会性感和提高控制性高

潮的能力。

(4) 阴道容纳与活动。

在此阶段，配偶双方可在阴道容纳时进行阴茎抽动，直至逐渐进展到完全性交——射精，这是性交的最后阶段。一般在此阶段先让女方首先做阴道肌肉收缩动作，使其有愉快的感受，并且自己控制动作的强度，随之再由男方进行阴茎抽动，然后双方轮流做动作。活动时应先缓慢地动作，经过几次轮流后，双方再把动作加快和力量增加，以最终完成性交。

4. 结束治疗。

当性问题经过治疗得到解决，配偶双方感到满足或医生明显看到其性问题不可能从治疗中得到改善时，应考虑结束治疗。结束治疗当谨慎而有计划地进行，应该逐渐地而不是突然地停止治疗。

临床实践证明，上述的性治疗法对性机能障碍的治疗是相当成功的，在接受治疗的患者中，大约有三分之二的夫妻取得了较为满意的疗效。此外，Master 和 Johnson 还对具体的性机能障碍提出相应的治疗对策，例如利用“挤捏技术”治疗早泄等。这里不再赘述。

(二) 性变态的矫正简述

对于性变态的矫正临床上主要采用惩罚和心理治疗相结合的方式。对于对他人无伤害的性变态的治疗一般采取心理分析疗法、认知领悟疗法、厌恶疗法、行为学习疗法等。其操作与用这些手段治疗其他心理或行为异常类似，因此这里从略从简。对于对他人或社会造成不良影响的性变态行为一般采取在心理治疗的前提下，施以惩罚，目的是给其不良行为以抑制。

性变态和早期父母的教养方式关系密切，因此父母应注意为子女提供适合他们性身份的活动环境。

第十章 药物滥用与药物依赖

药物的出现和发展在医学的发展进程中起着极其重要的作用，而一些药物本身所具有的成瘾性却为人类带来了新的痛苦，药物滥用所造成的药物依赖和吸毒成瘾已严重地威胁到人类的健康和社会安宁，不仅是一个严重的医学和心理学问题，亦是当今世界最严重的社会问题之一。本章将围绕药物滥用、药物成瘾及有关依赖性问题，谈及其历史、形成因素，并由此展开讨论各种滥用物质类型的临床表现和诊断要点，最后阐述药物滥用和药物依赖的防治。

一、药物滥用与药物依赖的判别

（一）药物滥用

人类利用一些精神活性物质如酒精、大麻、鸦片等来改变情绪或生理功能的情况可以追溯到很久的年代，与此同时，也总有一些人会背离当时的社会习俗、背离医疗的需要进行误用和滥用。由此可见，滥用药物包含着很大的社会成分，所以在认定是否对某种或某些特定药物的使用属于滥用时，往往存在不同时代、不同社会文化，甚至同一文化背景的不同年代的许多差别。比如医疗上用阿片类镇痛药来解除疼痛是合情合理的，而为了达到缓解紧张情绪，逃避社会压力，追求欣快来使用这一药物则为滥用药物。

根据 DSM－Ⅲ的描述，药物滥用是指由于应用精神活性物质已导致对健康或身体的损害和危险，但还不能满足精神活性药物依赖的诊断标准的情况。确定为药物滥用的具体的条件有下面三个：

① 医疗用途的使用某种精神活性物质，明知该物质的使用会引起或加重社会、职业或本人身心的损害，但仍不能停止或减少使用。

② 由于该物质的使用造成社会和职业性功能损害。

③ 持续使用，由于使用该物质造成的症状存在至少一个月，或在一段更长的时间内反复出现，物质滥用往往采用自身给药的形式。

目前，全世界滥用的药物主要有三大类：①麻醉药品，包括阿片类（如海洛因、鸦片、吗啡、杜冷丁等）、可卡因、大麻等；②精神药物，包括镇痛安眠药、中枢兴奋剂、致幻剂等；③其他精神活性物质，包括酒、烟草、挥发性有机溶酶等。

（二）药物成瘾与药依赖性

药物成瘾是药物滥用的结果。滥用某种药物是否可以成瘾及成瘾的快慢，与药物的性质是否具有成瘾性及成瘾性的强度大小有关，也与滥用的剂量、滥用的方式以及滥用的时间有关，而滥用者往往与群体、伙伴关系以及滥用毒品的社会环境有关。除此之外，滥用者本人的意志品质是否坚强或是否具有某种特殊的个性倾向，也是成瘾的一个重要因素。

药物依赖的诊断标准是指除长期反复使用某种或某些药物的历史以及强烈的渴求以外，常见还有不择手段的求得，以及不断对此类药物增大的耐受量和停药后出现的戒断反应等。根据这一定义，可以发现药物与机体相互作用所形成的特定心理状态是药物依赖的核心表现，也就是说凡已形成依赖的个体，必须具备心理依赖，即强制性觅求药物的心理倾向以及不考虑一切后果强烈渴求用药的心态；同时还存在着躯体或生理上的依赖，即一旦终止用药，不久即可产生一系列轻重不等的生理反应，医学上称之为药物戒断反应。为了解脱戒断反应的症状所造成的痛苦，药物依赖的个体旋即重复使用已成瘾的药物，以致药物依赖难以解脱。

确定为物质依赖性至少应具备以下条件中的三个：

① 所经常使用的物质在使用时间或剂量上都超过本人的意愿而不能自拔。

② 用药者主观上有减少或戒除所用药物的愿望，但经过一次或多次的努力都失败。

③ 整日不择手段（如偷窃）为寻找药物而奔走，或利用很多时间使用该物质（如不停地吸烟），试图从药物效应中恢复过来。

④ 在日常的社会、工作、学习或家务中，频繁地出现中毒反应或戒断症状（如醉酒而不能上班，或在照顾孩子时出现中毒反应），或在一些危险的场合下仍使用某种物质（如酒精中毒状态开车）。

⑤ 由于使用某种物质，不得不减少或放弃重要的社会工作、职业或娱乐活动。

⑥ 明知使用某物质会导致社会、心理和躯体问题，但仍然继续使用该物质（如不顾家人的反对继续使用海洛因；使用可卡因引起抑郁症；饮酒造成溃疡加重等）。

⑦ 出现显著的耐受性，需要不断增加用量（如至少增加初始用药剂量的50%）才能达到所期望的效果，或在同样剂量条件下该物质的作用显著减弱，作用时间缩短。

⑧ 出现特殊的戒断反应。

⑨ 经常使用该物质缓解或避免戒断症状。

注：⑧、⑨两条不一定适合大麻、致幻剂等。

（三）躯体依赖与精神依赖性

药物或其代谢物在人体体内对中枢神经系统、内分泌系统等具有广泛的作用。当个体反复使用某种或某些药物时，为适应药物的存在身体会发生一系列的适应性改变，在继续服用药物时机体仍能保持“正常”的机能状态，在这种状态下，药物已经成为机体正常运转的必要条件，医学上将这种因药物造成的机体适应性改变定义为躯体依赖性，又叫身体依赖或生理依赖。

形成药物依赖的个体在突然停止或减少药量后，会使机体业已形成的代偿平衡被破坏，于是产生由于生理功能改变而产生的同时又可以从临床上观察到症状和体征，医学上称之为戒断综合征，它标志着躯体依赖性的形成。戒断综合征的轻重与药物种类、每日药物剂量、每日用药次数、用药时间长短有关，还与药物依赖者的健康状态、性格特征和戒瘾愿望的强烈程度有关。戒断综合征的发生

时间也与滥用方式有关，用药间隔时间短，出现就早。如长期大量滥用巴比妥盐的骤停，可产生连续抽搐状态；吗啡骤停时可产生多突触兴奋性增强；尼古丁停用时亦产生易激惹、激动与萎靡不振。又如海洛因依赖戒断综合征会在停药后8~12小时出现哈欠、流泪、流涕、出汗等类似感冒的症状，继而出现瞳孔扩大、打喷嚏、起鸡皮疙瘩、寒颤、厌食、恶心呕吐、腹痛腹泻、全身骨骼及肌肉酸软无力、失眠易醒、脉搏加快、血压升高、情绪恶劣，甚至出现冲动及攻击性行为。这些症状还伴有强烈的心理渴求，通常在36~72小时达到峰值，其中大部分症状会在7~10天内自行消失。所以戒断症状有两个特点：一为表现的多种多样，使依赖者异常痛苦；二为症状有自身发生、发展及消退的规律。另外，在戒断症状的急性期后约2~6个月内，有些依赖者会出现顽固性失眠、身体各部位疼痛、消化道症状、不安、易激惹、过度关注身体、对挫折的耐受性减弱、情感脆弱、抑郁焦虑等。这些症状又称稽延性戒断症状，这是造成重新用药的重要原因之一。

精神依赖又称心理依赖性，俗称“心瘾”，表现为对药物的强烈的心理渴求，药物通过两种方式引起依赖者的心理渴求：一是用药后产生强烈的欣快感和松弛宁静感，这种感觉能满足依赖者的心理需要；二是停药后会产生难以忍受的痛苦，依赖者只得继续寻求药物，二者的共同作用，使依赖者持续用药不停，从而改变其生活方式、行为模式，出现人格改变。精神依赖时常与一系列生理依赖即戒断反应伴随出现，这些症状的加重往往强化了生理与原有的精神依赖，使药物依赖难以戒除，并潜伏着脱瘾治疗后的复发倾向。

精神依赖的持续和发展往往导致药物依赖者的人格衰退，在行为方式上具有以下特点：

(1) 把用药看成是生活中最重要的事情，整天为搞到药物而忙活。

(2) 生活规律改变，由于每天多次用药，忙于“过瘾”或防止“犯瘾”，依赖者由能忍受工作到放弃工作，生物钟紊乱，不愿活动，厌食，甚至一天仅进一次餐。

(3) 生活中很多重要的内容均让位于用药，依赖者为了用药，可以放弃家庭、社会的责任，放弃健康，放弃前途，放弃一切，甚至比吃饭、睡觉等基本需要更为重要。

(4) 交友范围缩小，只剩下与之有相同嗜好的朋友，由于性欲的减退或消失，为了避免家庭矛盾，有的依赖者只好拉上配偶一起吸毒，所以夫妻双方都吸毒者并不少见。

(5) 说谎，由于吸毒是违法行为，需要隐瞒，用非法手段搞到钱买到药物更需要隐瞒，最后，说真话的习惯反而没有了。

(6) 为获得药物参与犯罪，由于药物价格昂贵，当经济不能承受，就会转向非法渠道，"以贩养吸"是常见手段。

(7) 反复出入戒毒机构，依赖者往往都有不止一次的戒毒经历，可能由于经济，可能由于身体状况。

二、药物使用异常的因素

(一) 药物滥用的历史和现状

人类在同疾病作斗争的过程中，发现有些物质如某些植物、矿物或动物的某一部位可以解轻疼痛，改变情绪，治疗疾病或增进健康，于是就作为"药物"应用起来。进一步发现许多药物兼具利弊两方面，误用或滥用会产生毒性或依赖，有害于健康。因此人类在很早以前就将这些药物用于宗教仪式和医疗用途，并将其应用委托给某些宗教领袖、巫师等，以保护社会的利益。同时，亦有违背公认的医疗用途和社会规范而自行滥用的。公元前 1500 年的埃及"草纸文"中记载的 700 多种药物里，就有"阿片"的记载：希腊文对阿片的描述有"安慰"、"梦神"的意思。阿片的应用，由阿拉伯的医师开始用于治疗痢疾，继而得到广泛应用，尤其在欧洲，由于比较容易得到，也曾导致某种程度的滥用。我国的近代历史上，鸦片泛滥使旧中国丧权辱国，民族危亡，令人切齿痛恨难以忘怀的是中英鸦片战争。

据官方在 1999 年提供的数据，登记在册的吸毒者已有 59 万，

实际数据将远远大于此，我国药物依赖或毒品流行的特点，有别于历史的情况：①滥用者的男女比例大致为4:1，但近年来妇女所占比例有增加趋势。②由于滥用区域扩展，滥用人数剧增，已开始有一定文化程度的人加入。③越来越多的人采用静脉注射方式。④由于注射滥用比例高，带来艾滋病病毒感染在该人群中迅速蔓延。⑤滥用者常常合并或交替使用其他依赖性药物，形成多种药的滥用现象。⑥在人口学特征上，年龄有降低趋势，包括在学校内的青少年吸毒在增加。⑦在流行因素上，已由单纯的受好奇心驱使转而受社会风气、社会文化和个体心理因素问题等多因素的影响。

摇头丸作为精神科用药，在1984年开始逐渐被人们用于娱乐，并很快成为歌舞聚会的宠物。我国吸烟人数已达近3亿人，占全世界烟民的四分之一。吸烟是引起肺癌、慢性阻塞性肺病和心血管疾病的主要原因。在一切药物滥用中，酒滥用的历史最为久远，如今在酒已成为绝大多数地区的合法饮料后，供应充足，饮酒者的基数大，酒滥用和酒依赖必然增多，酒依赖和慢性酒精中毒已成为现今社会重要的社会问题和医疗问题。我国的镇静安眠药滥用与依赖近年来也呈上升态势，目前最为滥用的药物为苯二氮䓬类药物，如安定片，多数人为医源性依赖。

（二）药物依赖的形成因素

药物依赖就个体成瘾的生物机制来讲属于生物学问题，就社会群体的滥用来讲就反映了社会行为问题。因为群体性的吸毒及其蔓延成祸，往往取决于毒品的获得性及吸毒人群的客观存在这两方面的社会问题。另外，某些药物依赖的大流行，甚至全局性的流行，往往伴随失业高潮或急剧的社会动荡。因此，药物依赖的产生和发展，始终是生物—社会—心理因素密切相关和相互影响着的。为了讨论和叙述的方便，亦从生物、社会、心理因素方面入手，并谈及有关倾向性的论题。

1. 生物因素。

有关药物依赖形成原因的生物学因素，主要集中于神经科学的研究方面。大部分成瘾理论的探讨侧重于中枢神经系统对某些成瘾

药物的激动作用的反适应设想。所谓反适应指的是神经系统在药物的作用下发展形成一种潜伏的过度兴奋状态，当骤停用药时，会表现为反跳刺激超限现象。同一设想，也解释了鸦片成瘾者当鸦片受体部位为鸦片拮抗药物所替代时所产生的促瘾现象。

药物依赖形成的机理，有如下学说：

(1) 受体学说。人体内的一种肽类物质，产生与吗啡类似的效应称之为吗啡样因子或叫内源性吗啡受体激动剂，它可能是一种中枢神经介质。还发现了对吗啡类药物有特殊亲和力的吗啡受体，吗啡类物质通过与之结合而发挥作用。这一研究的进展推测，药物依赖性的迅速形成可能与外源性吗啡与吗啡受体的特殊亲和力有关，后者被阻断后，造成耐药性急剧增高。也有研究认为，某些个体具有相对多的对于某种物质敏感的受体，因此一旦接触这些物质就形成依赖。

(2) 代谢耐药性和细胞耐药性。代谢耐药性是指因药物代谢快，在组织内浓度降低，作用减弱，有效时间缩短。细胞耐药性是指因神经细胞有了某种适应性改变而致，神经细胞只有在血液中含有高浓度药物的情况下才能正常工作。

(3) 生物活性胺的作用。5－羟色胺（5－HT）的代谢参与药物依赖的形成，依赖性药物对脑的作用可能是阻断了多巴胺被重新摄取回神经细胞的通路，从而产生了相对多的多巴胺，有关细胞的被刺激，便产生了诸如陶醉和欣快感的效应。

(4) 戒断综合征与废用性增敏。用药物或手术切断神经即阻断了神经输入后，引起了去神经增敏现象。吗啡受体长期被吗啡阻断后，出现耐药性增高的同时，也可由于依赖药阻断了受体出现废用性增敏，以致在停药过程中出现戒断综合征。另一解释是某些神经元的活动被麻醉药阻断后，未受影响的神经元其活动代偿地增加，因此停药后出现兴奋过度的现象。

(5) 神经和神经内分泌的作用。近年来有人提出脑的“报偿系统”或报偿中枢的概念，并将此概念同用药后复杂的感觉如欣快感和依赖的形成联系起来。

总之，药物依赖的形成，很可能产生自多种生物机制，而每一种理论可能解释复杂问题的某些侧面，随着自然科学的不断发展，药物依赖形成的生物机制必将得到逐步的阐明。

2. 社会因素。

第一，社会环境决定了药品供应情况即药品的可获得性。尤其是群体流行滥用时，是与药品的大量泛滥有直接关系，如在毒品猖獗地区大街小巷唾手可得，因而使毒品全面流行。另一方面，在这些社会中，生活紧张且富于竞争性和高失业，为了逃避现实，除滥用麻醉品外，还存在成倍增长的酗酒和精神药品的滥用。第二，社会文化背景经常地决定人们对一些药品的可接受性。如认为烟酒是生活之所需，甚至认为吸烟是个性成熟的表现，使尼古丁和乙醇依赖逐年上升。有些宗教活动使用大麻以增加气氛，便使大麻滥用成为合法与可接受的举动。第三，在社会态度的影响下，药物滥用也出现了性别差异，多年来依赖人群中男性远远大于女性；另外，社会态度对成瘾人群往往抱歧视和不友善态度，使依赖者产生心理压力或丧失信心与动力。最后，社会制度对药物依赖的产生、发展与流行更是一项重要的事情，优越的社会制度会采取有效的措施，通过严格立法、执法并配合有效的禁毒、戒毒措施全面解决毒品流行的局面。

3. 心理因素。

药物依赖的形成与发展除了社会、文化、教育、家庭、经济、种族、职业、生活习俗等因素以外，还有内在的因素如遗传、代谢、神经生化以及精神状态、心理状态等个体因素。在某一个体，各种因素常常互为因果，相互影响，而心理因素对于药物依赖的形成和发展具有重要的影响。

（1）药物依赖的心理机制。行为学派的学习理论认为，药物本身先于依赖形成而客观存在着，对于滥用者来说药物被视为一种行为的强化因子。滥用者通过习得的觅药行为，不断地得到用药时的快感，并在药效中暂时解脱了生活境遇中的若干不愉快事件，从而减少了焦虑，由此而取得了正性和负性两个侧面的学习强化作用，

这些强化被称为一级强化作用。与此同时，除药物效果所起到的正负两方面的强化以外，还获得了社会性的二级强化即滥用药物的伙伴存在，并在其中取得情绪上的交流或心态上的赞许，也使习得的行为在排除可能存在的不愉快体验之后变得愈加牢固。此外，偶然或有意中断用药产生戒断综合征的痛苦体验和强烈的渴求同样也属于另一种负性的强化作用，为了避免不再产生生理与心理的痛苦，终使顽固的依赖行为成为牢不可破的行为模式，难以摆脱。滥用药物时，服药、注射、吸食方式也往往会形成某种程式，这种程式同样会构成环境中的强化因素来达到心理上的满足，这些同样是有效的强化因素使行为固定。

（2）形成药物依赖的个性心理特征。在滥用药品的最初阶段，往往是受好奇心或追逐特殊心理快感所驱动而使用药，其中，一些人是逢场作戏，时过境迁之后即能摆脱；另一些人则不可避免地难以摆脱。通过回顾性研究发现，成瘾者的人格类型各异，但富有冲动行为、对社会常模具有反抗者，以及对挫折耐受性差者这三类人具有相对较高的危险性，即具备较高的药物依赖的易感性。心理学家还就人格特征与家庭结构或家庭经济状况在产生药物依赖的关系中进行了研究，发现这些关系产生的心理紧张与压力，在一定程度上影响了药物依赖的形成和影响了脱瘾后是否复发。

除了上述的几大因素，有些人会在特定的情景下使用某些具有兴奋性的药物，如学生在考试前、不同职业的人在加班工作时，或摆脱某些痛苦时，这种类型的滥用被称为处境性滥用。有些人因某种躯体疾病而接受麻醉镇痛药后，发现这些药物不仅能解除痛苦，还能带来一种很舒服的感觉，于是，尽管躯体疾病已经治愈，医生亦不会再给药，但他们为了得到药物带来的舒服感而通过非法渠道获得药物，这种类型的滥用称为医源性滥用。

（三）药物滥用的后果

滥用药物的后果，首先是对人体的影响。药物的耐受性、成瘾性戒断反应等对身心造成不同程度的危害，如过度使用造成中毒或死亡，吸毒者在使用过程中造成的周身感染与并发内脏损伤，艾滋

病与吸毒的相关性，妇女吸毒对婴幼儿的影响以及药物所致的精神疾病。其次是药物滥用引致的社会问题。滥用药物影响家庭生活，影响自身的社会功能，影响青少年的发育与上进心，滥用药物耗竭了社会经济，同时滥用药物与社会犯罪有密切关系。

三、影响心理的物质类型

（一）酒与酒依赖

酒精亦称乙醇，进入人体后，在肝脏通过乙醇脱氢酶和乙醛脱氢酶代谢氧化为乙醛、二氧化碳和水。每一个体每分钟氧化酒精的量几乎是恒定的，酒精的效应并不全部依赖于一个人饮用了多少数量的酒，而在于有多少酒精被吸收于血液之中以及在血液之中保留时间的长短。酒精作为中枢神经系统的抑制剂使大脑皮层的高级神经活动受到影响，酒精作为一种麻醉剂，为亲神经物质，一次大量饮酒，会出现急性精神症状。

酒依赖是由于饮酒所致的对酒渴求的一种心理状态，可以连续或周期性的出现，以体验饮酒的心理效应，有时也为了避免不饮酒所致的不适感，这种渴望常常很强烈。

根据 DSM－Ⅲ的诊断标准，酒依赖和戒断综合征应具有如下症状的两项或三项以上，时间已超过 12 个月的即可诊断：

（1）对饮酒具有强烈的意愿或带强制性的愿望。

（2）主观上控制饮酒及控制饮酒量的能力存在缺陷。

（3）使用的意图是解除戒酒产生的症状。

（4）出现过生理戒断症状。

（5）出现了耐受状态，只有增加酒精量才可达到先前少量饮酒所产生的效应。

（6）个人饮酒方式的控制能力下降，不受社会约束地饮用。

（7）不顾饮酒引起的严重躯体疾病，对社会职业的严重影响及引起的心理上的抑郁仍继续饮用。

（8）饮酒逐渐导致其他方面的兴趣与爱好的减少。

(9) 中断饮酒产生戒断症状后又重新饮酒，使依赖特点反复出现。并且饮酒行为重于没有产生依赖特征的个体。

另外，酒精的急性或慢性中毒尚可以引起不同程度的精神障碍，包括脑器质性障碍和人格改变。

(二) 烟草与烟碱依赖

烟草滥用特别是吸烟是影响人类健康、引发各种疾病和导致死亡的最重要原因。19 世纪上叶，已从烟草中分离出烟草中最重要的生物碱成分——尼古丁（又叫烟碱），吸烟时烟草中 25%的尼古丁被破坏，5%残留在烟头里，50%散发于空气中，约 10% ~ 20%被人体吸收。尼古丁可由口腔、胃肠道和呼吸道的粘膜吸收，绝大多数在肺泡交换吸收，经由完整的皮肤表面也可吸收。

尼古丁对中枢神经系统具有兴奋和抑制的双相作用，对于焦虑情绪较重的滥用者来说，他们所追求的多是抑制作用而不是兴奋作用；尼古丁对肾上腺髓质的双相作用是小剂量促进儿茶酚胺的分泌，导致周围血管的收缩，体温下降和血压增高。较大剂量则阻止儿茶酚胺的释放。尼古丁对呼吸系统可直接作用于呼吸中枢，先兴奋后麻痹，呼吸麻痹是急性尼古丁中毒死亡的直接原因。尼古丁可阻断由饥饿引起的胃肠平滑肌的收缩，引起轻微的厌食，不易感到饥饿。

除尼古丁外，烟草及燃烧后的烟雾中还含有大约有 500 种物质，其中对人体危害较大的有焦油、3 - 4 苯并吡、一氧化碳等致癌物质，危害心血管、呼吸系统的物质，在人体内产生复杂的作用。

根据 DSM - Ⅲ烟草停吸反应的诊断：

(1) 使用烟草至少已数周，每天超过相当于 10 支香烟的水平，而每支香烟含有至少 0.5 毫克烟碱。

(2) 突然停止或减少烟草的使用，在 24 小时内至少有下述中的四项：

①渴望烟草；

②易激惹；

③焦虑；

④注意力不集中；

⑤不安定；

⑥头痛；

⑦瞌睡；

⑧胃肠道症状。

烟草依赖的诊断标准：

(1) 持续地使用烟草至少一个月。

(2) 至少有下述中的一项：

①在持久的基础上，认真地企图停用或显著减少使用烟草量，未曾成功。

②企图停止吸烟而导致烟草停吸反应。

③不顾严重的躯体疾病（如呼吸或心血管系统的疾病），也自知使用烟草会加剧，但仍继续吸烟。

（三）黄嘌呤类化合物的嗜好与成瘾

咖啡、茶、可可饮料中含有的咖啡因、茶碱、可可碱等黄嘌呤类的甲基化衍生物，滥用及中毒对中枢神经系统、消化系统及骨骼肌均有不同程度的影响，尤其对儿童和孕妇。有些复方解热镇痛药中的广泛使用或与其他成瘾药物混合使用之形成滥用和依赖。所以，在 DSM－Ⅲ中被作为精神活性物质被列入。

（四）阿片类依赖

阿片类药物包括：

(1) 鸦片；

(2) 从鸦片中提取的生物碱，如吗啡；

(3) 吗啡的衍生物，如海洛因；具有吗啡样作用的化合物，如杜冷丁、美沙酮。

鸦片是极古老的药物，9 世纪传入我国并作为珍贵药材使用，在后来的年代里，鸦片便有了太多的故事，以致滥用。滥用吗啡者具有常见的用药动机：①好奇心重，追求快感；②生活苦闷，烦恼事多，想从药物中逃避；③由治疗开始（医源性）；④受家庭和朋

友的影响。在人格方面滥用者显示某些不成熟和缺陷，如：①愿望要立即满足；②容易冲动，不经考虑便采取行动；③经受不住失败与挫折，呈破罐破摔的态度；④反社会倾向；⑤缺乏自信与决策能力；⑥自卑感强烈而隐蔽，内心孤独、害羞、不会交知心好友；⑦冷酷，仇恨缺乏爱心；⑧没有责任感。但在历史上，也有家庭背景良好、人格健全，甚至表现杰出的人滥用阿片类物质。

阿片类对中枢神经系统的影响机理十分复杂。

根据 DSM－Ⅲ的诊断标准：

1. 阿片类物质滥用。

(1) 病理性的用药模式，几乎每天用药，可能还发生过药物过量。

(2) 因滥用药物之故，工作、学习、交往及日常生活已受到不良影响。

(3) 时间超过了一个月。

2. 阿片类物质依赖。

(1) 已符合阿片类物质滥用的标准。

(2) 对药物产生了耐受性。

(3) 每日至少用药 2～3 次，否则出现戒断症状。

3. 阿片类物质戒断反应。

(1) 长时间、大量使用阿片类物质。

(2) 停药或减量时，出现以下症状中至少四种：流泪流涕；瞳孔扩大；体毛竖立；出汗；腹泻；血压轻度上升；心搏加快；哈欠；发热；失眠。

(3) 以上症状不是由于别的躯体疾病或精神疾病引起。

(五) 中枢神经系统镇静剂依赖

1. 巴比妥类及其他镇静安眠药依赖。

此类药物包括戊巴比妥、异戊巴比妥（即阿米妥）、司可巴比妥（即司可那或速可眠）等。其他镇静安眠药包括水合氯醛、格鲁米物即导眠能、安眠酮等。因其具有的耐药性和依赖性而被列入国际精神药物公约管制，又因其为合法的处方用药使其应用更广，潜在危害亦更大。

长期反复使用此类药物的患者均可出现程度不等的中毒症状，并涉及机体各系统。此类药物出现的戒断综合征，尚会引起癫痫大发作和幻觉及类精神分裂症及意识障碍。

2. 抗焦虑药的依赖。

最早发现抗焦虑药依赖的药物是眠尔通，继之发现苯二氮草类（如安定、舒乐安定、氯硝安定等）的依赖及戒断反应，重者出现与巴比妥类药物所致的人格改变。

（六）中枢神经系统兴奋剂的滥用与依赖

此类药物包括可卡因、苯丙胺和一些拟交感神经药物。滥用此类药物的主要动机往往是为了追求兴奋剂的欣快效应，其次是用来缓解疲劳、提高活力、增加自信心和警觉性，如二战时期某些国家的士兵就有大量服用此药的现象。但随着药物使用的递增，愉悦的感受便逐渐消失，取而代之的是过度的紧张、焦躁不安、疲乏、抑郁、失败与崩溃感和刻板行为，有的可导致偏执性的精神障碍，除此之外尚可出现躯体方面的问题如心律紊乱、高热、脑血管意外、高血压、肺功能障碍等。

1. 可卡因依赖。

可卡因滥用的方式可通过鼻粘膜吸人，此种方式会发生鼻中隔穿孔，有的会和海洛因混合使用或吸食。用药规律上有间歇性用药或慢性用药。

可卡因滥用的诊断：

(1) 病理性的用药模式：不能降低可卡因的使用量或是停止使用可卡因。

(2) 由于使用可卡因而出现社会功能和职业功能的损害，如打架、失去朋友、旷工、失业或触犯法律。

(3) 持续时间至少一个月。

可卡因依赖的诊断：在可卡因滥用的基础上，滥用者开始出现戒断反应或对可卡因产生耐受性即可诊断。

2. 苯丙胺类药物依赖。

此类药物主要包括消旋苯丙胺、甲基苯丙胺（即去氧麻黄素）、

哌醋甲酯（有叫利他林，常用于儿童注意缺陷障碍）。在使用方式上主要有口服和静脉注射，用药规律与可卡因类似。在诊断方面亦与可卡因类似。

摇头丸，学名亚甲基二氧甲基苯丙胺（MDMA），可能是因为在娱乐场所如锐舞舞会的使用而被形象地称为“摇头丸”。MDMA的最初用途是作为减肥和精神治疗，一直到20世纪80年代中期，研究者和使用者没有意识到这种药物可能在以锐舞为中心的青年文化中拥有如此巨大的潜力，没有人知道现在的世界上到底有多少人在服用摇头丸，但是研究报告认为服用摇头丸的理由可能会是为了更加开放和开心，减肥和保持体形，狂舞，改善人际关系，专业或者业余的精神治疗，替代一个短暂的假期，镇痛或摆脱消沉的情绪，甚至是为了一种宗教性质的仪式。自从1987年美国首次报告5例与服用摇头丸有关的猝死病例之后，关于摇头丸与中毒致死的报告不绝于耳，仅2000年香港的报告就有19例。死亡的原因主要有：诱发心脏病发作死亡（如室颤、心律失常、心肌缺血）；高热综合征，包括代谢性酸中毒，弥漫性血管内凝血，急性肾功能衰竭；中毒性肝炎导致肝功能衰竭；药效作用下发生意外导致死亡；多药合并滥用（如酒精）中毒死亡。

（七）大麻类依赖

大麻是一种原产于印度的植物，最早被用于宗教仪式作为与神沟通的媒介，“麻烟”的滥用亦起始于印度，至少有500年的历史。其主要成分是四氢大麻酚，明显地影响精神活动而对生理功能影响较小。吸食大麻的心理效应取决于吸食者的人格特征，对大麻的期望，当时的环境，吸入的方式，剂量的大小等，在追求快感的同时，体验安泰、松弛，对声光色彩敏锐的感受及时光停留的感觉。亦会出现焦虑抑郁、惊恐反应、幻觉、意识模糊。大剂量吸食大麻会出现“动机缺乏综合征”，意志衰退，不求进取，懒惰之极，一般情况下这些人不导致犯罪。但大麻中毒性精神障碍，在妄想或幻觉的支配下，可以出现杀人、自杀或其他破坏性行为。

诊断大麻中毒除了根据大麻吸食史，典型症状包括欣快、焦

虑、猜疑、时间变慢的感觉，判断力受损，不与人接触。体检能发现两眼通红、心搏加快、口干、食欲旺盛中的两项以上。验血检查出四氢大麻酚（THC）。

（八）致幻剂类依赖

与大麻相似，在墨西哥和美国的印第安部落的宗教仪式上，常常咀嚼"墨西哥致幻菌"或"墨西哥仙人球"以求产生与神沟通的神奇体验。此类药物能产生类似精神病的症状，用药后改变情绪，改变许多感知功能并出现幻觉，改变思维和行为，服用者往往清楚这些症状是由药物引起的，所以不会丧失自知力。致幻剂的依赖性不高，躯体依赖亦不明显。20 世纪六七十年代尤其在美国是致幻剂滥用的高潮时期，滥用者主要有大学生、艺术家、音乐家、文学家，他们希望从此获得神秘体验、灵感、顿悟。

致幻剂的代表药物是麦角二乙酰胺（LSD），虽无实际的临床应用价值，但因滥用而成依赖。滥用者的借口是，LSD 能提高对审美的敏感性，增进创造能力，增进直观的经验，增进内省力，并且可以促进性欲。LSD 中毒引起的精神障碍表现在认知、情绪和行为诸方面，中毒者丧失自知力，并可诱发精神分裂症，病程迁延者在临床上难以同精神分裂症鉴别。

致幻药物中毒的诊断需与精神病相鉴别，用药史、病程短，实验室检查以及早期的消化道症状，瞳孔扩大、震颤、共济失调、头昏头痛以及以视幻觉为主的症状是功能性精神病所没有的。

（九）有机溶剂类依赖

有机溶剂是在常温正常压力下具有挥发性的脂溶性物质，经呼吸道吸入对中枢神经系统有抑制作用，并有酩酊的药理效应，产生酩酊和异常的体验，如幻觉和陶醉，但此症状比较缓和，可出现有精神依赖导致的强迫、冲动性的吸入行为，一般不伴有躯体依赖。常见的有机溶剂常常在清洁剂、甲苯、丙酮、油漆、日用胶水、气雾性胶水、喷漆或建筑成型的材料中。滥用者在酩酊状态的同时，伴有头痛头晕、耳鸣、全身僵硬、脸红或苍白、恶心呕吐、痉挛。初用时幻觉少见，长期使用常常出现幻觉，还可有食欲不振、便

秘、脱水，重者导致再生障碍性贫血，损害肝、肾、脑，心律失常而致死亡。

有机类溶剂在我国很少见，在日本至今仍是严重的社会问题。

(十) 多药滥用的问题

多药滥用是指用药者滥用两种以上的药物，可以是同时用药，亦可以是交替用药。形成多药滥用主要有以下的原因：

(1) 受药物供应渠道和价格的影响。

(2) 为提高药效和减少副作用。

(3) 在不同场合用不同的药（如大麻吸团伙，饮酒独自斟）。

(4) 黑市毒品不纯或为混合配方（如海洛因加可卡因或苯丙胺称“快丸”）。

(5) 反社会人格的多药滥用，这类人大多是少年时代开始吸烟、喝酒、饮咖啡，随后就吸上了大麻；继大麻之后又开始体验致幻剂、中枢抑制剂、兴奋剂；最终走向静脉注射海洛因、可卡因。

几种典型的多药滥用：

1. 海洛因依赖者的多药滥用。

(1) 香烟，所有海洛因依赖者都吸烟。

(2) 鸦片，二者常常互为补充或代替。

(3) 安定，常作为其补充。

(4) 与巴比妥类联用，在美国常见。

(5) 与头痛粉及去痛片联用。

(6) 与可卡因、苯丙胺联用。约有75%兼用过可卡因。

(7) 与酒联用。

2. 酒依赖者的多药滥用。

烟酒滥用成瘾常常被认为是滥用其他药物的“入门”药。

(1) 与抗焦虑药、镇静安眠药联用。

(2) 与头痛粉、去痛片联用。

(3) 与大麻联用。

(4) 与可卡因、苯丙胺联用。

3. 中枢神经兴奋剂与抑制剂的联用。

4. 大麻与其他药物的联用。

5. 致幻剂与其他药品的联用。

6. 多种中枢神经系统抑制剂的联用。

由于多药滥用的临床表现复杂，在诊断和处理上都较单药滥用棘手，尤其在处理中毒时。此外，多药滥用还反映出更深刻的心身问题，可能存在人格问题，或有极其顽固的疼痛症状群，有时尚需多科会诊。

四、药物滥用与药物依赖的治疗和预防

（一）临床工作者的思想准则

药物滥用的临床工作人员应具备全面的思想准备，治疗滥用者不仅在于用药治疗还必须具备临床心理学的有关知识，正确对待滥用者的负性情绪和敌视态度，克服惟药观点。

1. 药物滥用专业的重要性。

将滥用药物视为一种常见病并有不断增长的趋势，采取现实的态度，有恰当的评估办法和极大的耐心。近年来，在有识之士的努力下，从医院戒毒到社区的康复性工作，如集体治疗、中途康复站、戒毒者协会、戒酒协会、家庭协会，使戒毒成功率大大提高。

2. 正确对待滥用药物者。

滥用者往往存在两极心理：一方面身心受药物支配，无力自拔；一方面的确也希望摆脱这种支配。治疗者的立场是接纳依赖者，但是不接纳药物，使他们摆脱药物，与药物分离。治疗者要明白不与药物分离，就使他们无法做诚实正直的人，要与药物分离，就需要一定的强制，强制的意义在于治病救人。

3. 走出“惟药论”的局限期。

中国人特别信仰吃药，把戒毒的希望寄托在“特效药”上是错误的，脱瘾只是戒毒的开始，依赖者更重要的是需要矫正人生态度和生活方式。

4. 应用临床心理学的原理。

尊重、倾听、保密、同理、诚实，改变兴趣方向，学会延缓满足，运用对质来减少或改变已习惯的欺骗说谎。

5. 深入了解求治者。

开始用药物的年龄，用药量及变化，最近用药模式，用药的并发症，精神症状和人格改变，与精神疾病和人格障碍的鉴别。此外对求治者社会心理背景有充分的了解，才能在治疗康复过程中作出恰当安排。

（二）药物依赖的治疗

根据生物—心理—社会医学模式，药物依赖的治疗亦包括三个环节：首先，终止滥用药品并治疗戒毒症状的脱毒治疗阶段；其次，矫正依赖行为，防止复吸；最后，训练并扶持其劳动就业，使之完全回归社会。

由于患者对药物的强烈渴求，一般认为戒药物应该在住院条件下严格地按照精神病院制度进行，杜绝一切药源是治疗成功的关键所在。常见的治疗方法是：

1. 药物剂量递减法。

包括依赖药物和替代药物的剂量递减，如用美沙酮替代，但仍不能解决戒毒后的心理依赖，同时美沙酮本身还有依赖性，在临床上，该药对阿片类依赖有肯定疗效。此疗法在戒药过程中，以不出现明显的戒断症状为宜。近年来有报道用可乐宁（一种降压药）解除阿片类药物依赖的尝试。

2. 火鸡戒断法。

指硬性停药，7~10天完成，简单快速而痛苦多。年老体弱者不宜。

3. 支持疗法。

包括改善病人营养状态，减轻戒断症状及急慢性中毒症状以及中医的扶正驱邪。

4. 对症治疗。

如用中医治疗睡眠障碍，用小剂量抗精神病药治疗幻觉、妄想等。

5. 社会支持及精神疗法。

包括改善环境、行为疗法、家庭疗法、个人及集体心理治疗等。

6. 综合疗法。

在治疗过程中，常常需要采取多种方式才能达到满意的效果。

（三）药物滥用与药物依赖的预防

药物滥用是药物、人和环境三个主要因素相互作用的结果。在这三者的作用下，会存在一类高危人群，这些人在一定的条件下会成为潜在滥用者。如某一个毒品流行地区的全体公民，被毒品作为主要进攻对象的青少年或某一些特殊人群。药物滥用的预防也是通过各种手段和不同渠道的教育来实施的，预防工作也因药物滥用的状况和对象分为三个层次，即三级预防模式：

一级预防——目的在于避免问题的发生，主要对象是正常人群，为未雨绸缪，主要方法是宣传、教育、传播、普及有关药物滥用的知识，抵御外界的压力和药物的诱惑。

二级预防——主要对象是处于药物滥用高度威胁的社区和人群，他们可能已经用过药物，但未成为依赖者，为亡羊补牢。通过早期发现、早期干预、早期控制，制止药物滥用的扩散和滥用者发展成依赖者。

三级预防——主要对象是药物依赖者，他们是消费性地滥用药物。其认知、情绪、行为已被药物所控制，并对药物已产生强烈的精神和身体的依赖性。其目的在于通过治疗、康复等手段，帮助他们摆脱药物，回归社会。

三级预防具有全面性、针对性、科学性和有效性。近年来，人们在预防方面已达成另一个共识：毒品滥用的预防和控制还必须坚持从减少供应和减少需求两方面着手，“三减”政策是指：减少毒品非法供应；减少毒品需求的目标与内容；减少危害。

目前，我国的药物滥用形势不容乐观，愈来愈多的青少年不慎沦为毒品的俘虏。事实上已经表明，很多人之所以滥用毒品，很大一部分原因是他们缺乏对毒品的认识，或是受同伴的引诱时，不能或不会拒绝，所以开展在校学生的反毒品教育，增强他们的反毒品意识，已成为当前最重要的工作。

第十一章　器质性精神障碍

器质性精神障碍在临床精神科又称“器质性精神病”，它是各种脑部疾病、躯体疾病和中毒所致精神障碍的总称。脑部的原发性疾病，如脑瘤、脑外伤、脑退行性病变等引起的精神障碍；非脑部疾病引起脑功能障碍而出现的精神障碍；癫痫等均归为器质性精神病之列。精神发育迟滞有时与脑部疾病有关，但不列入器质性精神病；精神活性物质所致的脑功能障碍亦不在此章讨论；同样，各种生化机能紊乱，如儿茶酚胺代谢障碍等也不列入本章内容。

本章将围绕器质性精神病症状群展开，重点讨论常见的脑器质性精神障碍的病因、诊断及治疗原则，包括脑退行性病变、脑外伤、脑血管病变伴发的精神障碍及癫痫性精神障碍。

一、一般概述

（一）基本特征

器质性精神障碍尽管具有丰富的心理病理表现，但其基本特征不外乎两类：一是这类障碍所固定和最主要的特征，包括认知功能障碍，如记忆功能障碍、智能及学习功能障碍，或感觉中枢障碍，如意识障碍和注意障碍等。二是这类障碍最突出的表现，包括知觉障碍（如幻觉）、思维障碍（如妄想）、心境和情绪方面障碍（如抑郁、情绪高涨、焦虑），以及人格和行为的总体形式方面的改变。后一部分的症状表现与功能性精神障碍相似，如精神病性症状群、抑郁症状群等。

1. 器质性精神症状群。

(1) 痴呆：痴呆是由脑部疾病所致的综合征，具有慢性或进行性的性质，故又有慢性脑综合征之称。累及多种高级皮层功能紊

乱，包括记忆、思维、定向、理解、计算、学习能力、语言和判断功能。认知功能障碍是痴呆病人突出的症状之一，最显著的症状是学习能力减退，早期多出现遗忘，尤以近记忆障碍为主，有时病人会以虚构来掩饰记忆功能的缺损而常不能发现，晚期可出现时间、人物、地点的定向障碍，痴呆导致智能的明显减退，常常影响病人的日常生活，如吃饭穿衣、排泄梳洗。痴呆可继发于多种器质性精神障碍，或其中的某些类型，并常常与谵妄同存。注意如果痴呆是惟一诊断，则需提供意识是清晰的证据。

痴呆这一综合征见于退行性病变、脑血管病以及原发或继发地伤害大脑的其他情况。如阿尔采末氏病、多发性梗塞性痴呆、肿瘤、颅脑外伤、各种脑炎、长期尿毒症、肝功能衰竭、酒精或重金属中毒、一氧化碳中毒等。

(2) 谵妄：这是一种病因非特异的综合征，常常是躯体疾病的伴发症，在普通的内外科病房发病率约 10% ~ 30%，谵妄是一组表现为急性、一过性、广泛性的认知障碍，尤以意识障碍为显著特征，并同时有意识、注意、知觉、思维、记忆、精神运动行为、情绪和睡眠—觉醒周期的功能紊乱。包括意识模糊、神志恍惚、注意力不集中，以及对周围环境与事物的清晰度降低。意识障碍有明显的昼轻夜重的节律变化和白天嗜睡而晚上活跃的特点。感知障碍(包括感觉过敏、错觉和幻觉）也很常见。此综合征因急性起病、病程短暂、病变发展迅速，故又称急性脑综合征。谵妄状态可继发于痴呆或演变为痴呆。

谵妄可见于脑外伤、颅脑感染、全身性感染、代谢紊乱、中毒、癫痫等。

(3) 遗忘综合征：又称柯萨可夫综合征，该综合征是由脑器质性病理改变所导致的一种选择性或局灶性的认知功能障碍，以近记忆障碍和时间记忆障碍为突出特征。病人常用虚构来填补记忆的空白，并对自己的错构、虚构、既往经历、近期生活事件不能辨认。有实验表明病人的记忆并未完全丧失，可能是受无关记忆的干扰，其回忆能力往往受阻，这种严重的记忆障碍与时间定向障碍有关，

同时伴有情感和意志障碍。一般认为这种心理障碍多是由于丘脑后部及附近结构损伤或两侧海马区受损所致。在 DSM－Ⅲ的诊断中，遗忘症状群是指短时或长时间的记忆缺损，但不包括发生在谵妄期间的记忆缺损和痴呆病人全面智能下降而导致的记忆能力缺损。

遗忘综合征可见于酗酒、胃癌及持续性呕吐所造成的维生素 B1 缺乏所致，以及脑血管病变、脑炎、一氧化碳中毒等。如颅脑损伤的脑挫裂伤时，可造成持续数月的遗忘综合征，脑动脉硬化病人在脑卒中发作以后产生遗忘综合征。

2. 局部脑损伤所致的其他精神症状群。

（1）额叶症状群：额叶的损伤以性格和行为改变为主，一般统称为人格改变。病人的行为放纵、随便、多言，喜欢开过分的玩笑和恶作剧。病人对自己行为的判断力受损，遇事不考虑后果，易出现性犯罪，如露阴行为，在临床上需要与精神分裂症的露阴症状和性变态的露阴癖相鉴别；情绪障碍多表现为欣快，注意力减弱，专门测验可发现抽象推理能力缺乏，病人无自知力。

（2）顶叶症状群：单纯的顶叶损害较少出现精神症状而表现为各种神经心理障碍，往往易与癔症混淆。皮层感觉缺失或减弱以及书写不能是主要的临床症状，详细的神经系统检查可以避免误诊的发生。

（3）颞叶症状群：尤其是优势半球的颞叶损伤可伴随智能障碍和神经系统的症状，也可以出现与额叶相似的人格改变，并可引发癫痫发作及增加分裂样精神病的危险性。

（4）枕叶症状群：枕叶损伤可出现复杂的视觉障碍，易误诊为癔症；出现视幻觉，易误诊为非器质性精神病，故应做视野检查和视觉失认的测验。

（5）胼胝体症状群：其损害将影响两侧半球的功能，导致割裂脑症状和严重快速发展的智能障碍。

（6）间脑和脑干症状群：最常见的症状是遗忘综合征，睡眠过度，运动不能和缄默综合征，同时可伴发进行性的智能损害，情绪不稳、欣快、暴怒、贪食等。

（二）脑器质性精神障碍的检查

由于脑器质性疾病尤其是大脑皮质损害所引起的精神障碍，在某些病人是不恒定的或不明显的；这些病人往往不能体验其缺陷或没有确切的主诉；为了弥补其缺陷而形成一些补偿性的行为改变；言语功能检查在一般神经系统检查时常常被忽视。所以脑器质性精神障碍病人的检查是较为复杂和困难的。

1. 精神检查。

在一般精神检查的基础上，强调注意、记忆、智能、思维、情感和意识障碍的检查，以上检查除了一般的临床观察，还应有一定的刺激并观察其反应，如敲门声、解释抽象名词等等。

2. 言语功能检查。

（1）失语症：由于词义缺陷，言语符号丧失了特殊意义，病人不能理解和运用。表现为口语障碍、失语障碍、阅读障碍和书写障碍。

（2）失认症：表现为不能认识物体的本质，包括视觉失认、听觉失认、触觉失认、空间失认和体象障碍。

（3）失用症：是由于大脑高级运动功能的失调，表现为不存在瘫痪和深感觉障碍的情况下肢体的运用障碍。

3. 辅助检查。

（1）CT。结构性脑成像检查对于局灶性或弥散性颅脑损害的诊断有很大的帮助。

（2）MRI。核磁共振成像技术不仅显示了人体解剖和病理变化的影像学细节，而且还提供了分子水平的诊断信息。

（3）脑电地形图。这种图像表现形式直观、醒目、定位准确，能客观地反映大脑各部位电学改变的空间分布状态，使大脑的机能变化和形态定位结合起来，弥补了 CT 仅是形态学的不足。

4. 心理测验。

心理测验的成功要取决于病人的合作，准确的心理测验结果有一定的参考意义，并有助于确定局部颅脑损害的部位，如顶叶病变等。有经验的医生，可根据心理测验结果的分析来区别功能性与器

质性疾病；心理测验还可以长期监测病人的心理功能变化，以利于制定康复计划。目前被广泛应用的心理测验有：

（1）韦氏成人智力测验（WAIS）：这一标准的智力测验分为语言能力和操作能力，因子分析可为临床诊断提供依据，有人认为语言智商和操作智商之间的脱节是器质性精神病的指征，WAIS 确可用于病例的筛选测验。

（2）记忆学习测验：这是一种大量新单词的学习能力测定，如 WALTON—BLACK 修订的单词学习测验（WLT）、成对联想学习测验（PALT）均有助于记忆损害的定量测定。

（3）特殊测验：如用于测定额叶损害的 Wisconsin 卡片分类测验、测定语言接受能力障碍的 Token 测验。

（4）痴呆量表：是由几个测验组合而成的心理定量测验。

（5）筛选试验：在评价病人的认知功能状态时，使用标准程序对病人进行筛选和监控是有益的。

（三）器质性精神障碍的诊断、鉴别诊断和分类

1. 诊断。

诊断脑器质性精神障碍主要根据以下情况：

（1）有引起精神障碍的脑部疾病、脑损伤或脑功能不全的证据；

（2）脑病变和精神症状发作有时间上的关系；

（3）精神障碍可因原发性脑部疾病的变化而发生相应的变化；

（4）精神症状不是由其他病因引起的（如遗传或应激等）。

与其他精神疾病一样，器质性精神障碍的诊断标准亦是由内涵标准（如症状学、严重程度、功能指标、病因学指标等）和排除标准组成。

2. 鉴别诊断。

注意区别器质性、症状性和功能性精神障碍。器质性这一术语表示这些综合征可以归因于某种能被独立诊断的大脑或全身性疾病或障碍，包括脑器质性精神障碍、躯体疾病所致的精神障碍（症状性精神病）和中毒性精神障碍；症状性则用于描述那些大脑损害继

发于全身性大脑外疾病或障碍的器质性精神障碍；功能性精神障碍是指目前还没有发现明显的形态学改变或肯定的生理、生化改变而仅仅表现为大脑功能紊乱的精神障碍，如精神分裂症、躁郁症等。

在临床工作中，首先要全面了解病史，进行全面的体检和精神检查。尤其对癔病、发作性行为障碍和抑郁症予以高度重视。

3. 器质性精神障碍的分类诊断［F00－F09，ICD－10 编码，以下同］。

0 器质性精神障碍

00 阿尔采末氏病［F00］

01 脑血管病所致精神障碍［F01］

02 其他脑部疾病所致精神障碍 F02］

02.1 脑变性病所致精神障碍［F02］

02.2 颅内感染所致精神障碍［F02.8］

02.3 脱髓鞘脑病所致精神障碍［F02.8］

02.4 脑外伤所致精神障碍［F07］

02.5 脑瘤所致精神障碍［F02.8］

02.6 癫痫所致精神障碍［F02.8］

02.9 以上未分类的其他脑部疾病所致精神障碍［F02.8］

03 躯体疾病所致精神障碍［F02.8］

03.1 躯体感染所致精神障碍［F02.8］

03.2 内脏器官疾病所致精神障碍［F02.8］

03.3 内分泌疾病所致精神障碍［F02.8］

03.4 营养代谢疾病所致精神障碍［F02.8］

03.5 结缔组织疾病所致精神障碍［F02.8］

03.6 染色体异常所致精神疾病［F02.8］

03.7 物理因素所致精神疾病［F02.8］

03.9 以上未分类的其他躯体疾病所致精神障碍［F02.8］

二、脑退行性病变伴发的精神障碍

（一）阿尔采末氏病（Alzheimer's disease，AD）

1906年由Alzheimer首先报道了一例51岁女性进行性痴呆患者而命名AD病。AD是一种中枢神经系统原发性退行性变性疾病，主要临床相为痴呆综合征。多于老年期缓慢起病，病程呈进行性，不可逆，无缓解，一般由发病到死亡平均约8~10年。

1. 病因和发病机制。

（1）AD的神经病理学改变。脑皮层弥漫性萎缩，沟回增宽和脑室扩大。组织病理学的显著特征是：细胞外老年斑（SP）或轴突斑（NP），细胞内神经元纤维缠结（NFP）和颗粒空泡变性，称为三联病理改变，尤以前两种最为重要。SP和NFP大量出现于大脑皮层中，是诊断AD的两个主要依据。

（2）病因。AD病因尚未完全阐明。比较公认的与AD有关的危险因素是年龄、家族遗传史、脑外伤和DS（Down氏综合症，先天愚型），此外还提出了各种假说如铝中毒假说、感染假说、免疫假说、胆碱能低下假说等。新近丧偶，单身独居，经济拮据，生活颠沛者，发病机会较多，说明社会心理因素可能是本病发病的诱因。

（3）流行病学。AD的发病率与年龄呈正相关，女性多于男性，65岁以上人群痴呆的患病率为4%~6%，80岁以上人群痴呆的患病率高达20%。

2. 临床表现。

本病起病隐匿，慢性进行性病程，40岁前少见，60岁后呈逐渐升高趋势。AD的临床症状分为两方面，即认知功能减退症状和非认知性的精神症状。认知功能障碍可参考痴呆部分，常伴有高级皮层功能受损，如失语、失认、失用和非认知性精神症状，根据疾病的发展和认知功能缺损的严重程度，可分为轻、中、重度。

（1）轻度：以近记忆障碍为首发症状，对新近发生的事容易遗

忘；学习新知识困难，读书看报不能记住内容；常有时间定向障碍，记不起具体的年月日；计算能力减退很难完成简单的计算，如100减7再减7的计算；思维迟缓对新事物茫然难解。早期，患者对自己的认知功能减退有一定的自知力，并通过经常做记录来弥补记忆缺陷对工作和生活带来的影响，常伴有轻度的焦虑和抑郁。此时的病人尚能完成已熟悉的日常事物，但常常回避竞争，个人生活基本能自理。

在疾病早期往往出现人格改变，病人变得缺乏主动性，活动减少，孤独，自私，对周围环境兴趣减少，对人冷淡，甚至对亲人亦漠不关心，情绪不稳易激惹。

(2) 中度：记忆障碍日益加重，用过的物品随手可忘，日常用品丢三落四，甚至遗失贵重物品，忘记自己的家庭地址，忘记亲人的姓名，但还能记住自己的名字。有时因记忆减退而出现错构和虚构。远记忆亦受损，不能回忆自己的工作经历，不知道自己的出生日期。除了时间定向外，地点定向亦出现障碍，在熟悉的地方也会迷路走失，甚至在家中也找不到自己的房间。言语功能障碍明显，讲话无序空洞或赘述，不能列出同类物品的名称；继之出现命名不能。失认表现在不能认识熟悉的人，甚至不能认识镜子中的自己；失用表现为不能正确地以手势表达，无法做出连续动作，如刷牙，日常生活料理越来越困难，需家人的帮助。

精神和行为障碍也比较突出，情绪波动不稳，多疑，可有片段的幻觉，白天思睡，夜间不宁。行为紊乱，常拣破烂，乱拿他人东西；也可表现本能活动亢进，当众裸体；有时出现攻击行为。

(3) 重度：不知道自己的姓名和年龄，不认识亲人。自言自语，内容单调，刻板或重复，反复发出不可理解的声音，最终丧失语言功能。活动逐渐减少并丧失行走能力，甚至不能站立，最终终日卧床，大小便失禁。晚期患者可出现原始性反射如强握、吸吮反射等，最明显的神经系统体征是肌张力增高，肢体屈曲。

病程呈进行性，最后发展为严重痴呆，常因褥疮、骨折、肺炎、营养不良等继发躯体疾病或衰竭而死亡。

3. 诊断和鉴别诊断。

AD病因未明，目前诊断首先主要根据临床表现作出痴呆的诊断，然后对病史、病程的特点、体格检查及神经系统检查、辅助检查的资料进行综合分析，排除其他原因引起的痴呆，才能诊断为AD。在鉴别诊断方面，应注意与血管性、维生素B1缺乏、恶性贫血、神经梅毒、正常压力脑水肿、脑积水、脑肿瘤以及其他原发性脑退行性病变，如皮克病和帕金森氏病所引起的痴呆相鉴别。

附：CCMD－2－R诊断标准

（一）符合脑器质性障碍的诊断标准。

（二）符合智能减退（痴呆）的诊断标准。

1. 智能缺损。严重程度足以妨碍工作或学习或日常生活；分轻度、中度、重度三项。

2. 有短期记忆缺损的证据，对新近发生的事件常有遗忘。

3. 至少有下述症状之一：

（1）抽象概括能力明显减弱，如难以解释成语、谚语；掌握词汇量减少，不能理解抽象意义的词汇；难以概括同类事物的共同特征。

（2）高级皮层功能障碍，如失语、失用、失认，计算、构图困难。

（3）人格改变与病前人格明显不同。

（4）不见于意识障碍期。

（5）病程至少4个月。

（三）起病缓慢，痴呆的发展也缓慢，可有一段时间不恶化，但不可逆。

（四）不是脑血管疾病所致的痴呆。

（五）通过病史、体格检查或实验室检查，排除任何其他特定原因引起的痴呆。

（六）通过病史和精神检查，排除抑郁所致的假性脑器质性痴呆。

4. 治疗。

由于本病病因未明，尚无特效治疗药物和方法，重点在于护理和对症治疗。

（1）对症治疗及护理：本病患者生活自理多有困难，应有专人照顾，包括进食，大小便通畅，防止并发症，预防自伤或毁物；鼓

励适当的活动和锻炼；针对躯体疾病的治疗，如高血压、心脏病、维生素缺乏。以及对失眠、妄想、躁郁的对症治疗。

(2) 改善认知功能的药物：包括血管扩张药，如罂粟硷、异舒普林；促大脑代谢药，如脑复康、脑复新、长春胺等。

(3) 影响神经递质的药物：拟胆碱药，如毒扁豆硷。

(4) 其他药物：包括营养因子、神经肽类等。

(二) 震颤麻痹伴发的精神障碍

1817 年 Parkinson 首次报道震颤麻痹，故又称帕金森病。本病原因不明，以运动减少、肌强直、静止性震颤及姿势障碍为主要症状；具有慢性进行性的病程。病程进展缓慢，逐年加重，影响整个社会功能，最后导致痴呆，死因多由于躯体疾病或并发感染所致。平均发病年龄为 55 岁，男女比例约为 2:1。

1. 病因及发病机理。

震颤麻痹病人纹状体中多巴胺含量明显减少，有时低至正常含量的十分之一。进一步研究表明，病人出现震颤麻痹症状乃多巴胺和乙酰胆硷两种神经递质间平衡失调，即胆碱能活动占优势。临床上给予多巴胺受体或抗乙酰胆碱药物治疗，均可改善症状。

神经病理学检查指出，本病脑组织损害主要发生于黑质、苍白球、尾核及壳核。

2. 临床表现。

(1) 精神症状。震颤麻痹病人伴发精神症状的不少，归纳起来有如下状态：

①急性脑器质性综合征：表现为意识混浊，定向力障碍，幻觉(尤其是幻视)，情绪不稳，思维不连贯等。

②抑郁症状：反应迟缓，情绪抑郁或低落、焦虑混合在一起，重者有自杀企图，以女性多见。

③幻觉妄想状态：可出现幻听、被害或疑病妄想，思维联想障碍则少见。

④痴呆状态：随着病程的进展，患者的智力亦逐渐降低，呈现痴呆状态。人格亦发生改变，表现为欣快、幼稚行为等。

(2) 神经系统症状和体征。

①震颤：这是最常见的症状，多起于上肢，并具有静止性特点，像捻丸样动作。逐渐可累及下颌、口唇、舌及头部。

②肌强直：这是锥体外肌张力增强的结果，屈肌和伸肌均受侵犯，出现特殊的步态，行走时可见步态慌张，体位不稳。

③运动减少：病人动作缓慢，协同动作减少。由于面肌运动减少，面部无表情，双目凝视，表现"面具脸"的特点。

④其他，可有流涎过多、皮脂溢出、动眼危象、言语障碍、植物神经障碍等。

3. 诊断。

静止性震颤、肌强直、运动减少及特殊姿势等，凡具有两项以上症状或体征即可诊断。其他如脑 CT 或脑电图等的异常无何特点，仅作参考。

4. 治疗。

(1) 抗胆碱能治疗：一般在疾病早期应用这类药物，如安坦、东莨菪碱；多巴胺释放促进剂金刚烷亦可在早期应用，并可与安坦合用。

(2) 多巴类药物：左旋多巴为首选药物，作为补充脑内多巴胺的不足，属于替代疗法。临床上为了长期疗效和减少副作用，试用复方多巴，常用的如卡比多巴、美多巴等。

(3) 其他治疗：如精神症状的对症治疗抗抑郁或抗精神病药；对肌强直有效的甲苯乙胺等。近年来脑立体定向手术治疗亦有一定效果。

三、颅脑损伤伴发的精神障碍

现代和平时期在施工生产和交通以及日常生活中，颅脑损伤并不少见。据统计，美国人口中每年有0.5%因头部外伤求助于医生；我国仅交通事故一项就会造成不少颅脑损伤记录，1992年有228 278起，其中死亡者58 729人，致伤者144 264人，后精神状态不

良者为数更多。所以颅脑损伤及其后果一直是精神病学家、心理学家、神经病学家、神经外科学家共同关心的问题。颅脑损伤的严重程度在一般情况下与神经精神后果有关，但并非总是如此，因此精神科医生常常被要求出庭作证提出致病因素。目前认为外伤后果可能是由外伤所致的器质性因素和心理社会因素共同发挥作用而致。总之，颅脑损伤是一个非常复杂的课题，需要结合当前医学科学的发展，运用新技术、新理论逐步予以解决。

（一）病因及发病机理

1. 原发性脑损伤。

（1）脑震荡。脑震荡是指大脑机能在头颅遭受暴力后所发生的一过性（一时性）障碍。它是颅脑损伤中最轻的类型，精神病学关注的主要问题是脑震荡后综合征。关于脑震荡后综合征的发生机理有很多学说，脑震荡的即刻因素显然是暴力对头颅的作用，而脑震荡后综合征一旦发生往往迁延甚久，就不单单是创伤的影响了。所以在病因研究里，除了心理机制、生理机制、器质性因素与非器质性因素及素质因素外还与下列情况有关：

①损伤前的因素：年龄、脑动脉情况、酒精中毒情况、精神素质（包括遗传易感性、既往精神疾病、人格特征）、既往存在的心理社会困难（家庭的、经济的、职业的）以及最近生活事件等因素对损伤后发生脑震荡后综合征均发挥作用。

②损伤期间的因素：受伤时意识丧失时间、外伤后遗忘情况、其他躯体损伤情况、情绪影响和意义（害怕的后果）、受伤环境（交通事故、工业外伤、运动场意外、家中事件）等因素在研究脑震荡后综合征的发生上应予以考虑；而急救过程中可能带来的医源性影响也不容忽视。

③创伤后因素：包括有无智力损害、躯体功能残废、畸形发展、斑痕形成、癫痫发作等。如果受伤后存在对意外的情绪回击、持久的心理调适困难、赔偿和诉讼问题，则必然影响脑震荡后综合征的病程。

（2）脑挫裂伤。指头颅受到外力作用致使脑组织发生器质性损

伤时称为脑挫裂伤。这类外伤的特点是意识障碍较为持久（超过半小时）和严重，临床表现除了全脑症状外，还可有局灶性症状，并常因脑血管损伤伴发损伤性蛛网膜下腔出血。

①由脑损伤直接引起的精神障碍：主要的病理改变为出血、水肿、坏死。局部突出的综合征为额叶、颞叶和脑底部。

②对颅脑损伤的态度所引起的心因性精神障碍：在这类心因性精神障碍的发生上，外伤、个体素质和环境因素综合发生影响。

2. 继发性脑损伤——颅内血肿。

颅脑损伤时颅内出血如聚集于颅腔内的一定部位并达到相当体积，对脑组织产生压力并引起相应临床症状时，称之为“颅内血肿”。精神科临床遇及的颅内血肿多属于硬膜下，患者往往忘记了头外伤的过程，血肿在不知不觉地发展。颅脑外伤后硬膜下血肿的出现率为10%。头疼是必然存在的，更加重要的是意识状态改变。

（二）临床表现

1. 急性精神障碍。

颅脑损伤后急性精神障碍包括脑震荡、昏迷、谵妄和遗忘综合征。

（1）脑震荡综合征：出现意识丧失，但持续短暂即可恢复。清醒后患者对受伤当时情景和受伤前片刻不能回忆。其时有头疼、呕吐、眩晕、易激惹、情绪不稳、缺乏自信、注意力难集中和植物神经症状如皮肤苍白、冷汗、血压下降等表现。

（2）外伤时昏迷：严重的脑震荡和脑挫裂伤均可发生较为持久的昏迷，对刺激的反应丧失。昏迷后可发生一段时间的迷睡、不安、意识混浊等表现，昏迷往往被半昏睡的间期所中断。昏迷的转归可以完全恢复，也可以转入外伤性谵妄。

（3）外伤性谵妄：谵妄一般由昏迷或昏睡演变而来，其内在脑损伤可为震荡或挫裂或出血。多数情况下，谵妄是轻微的，表现为意识模糊、易激惹、梦样夸张、不安、定向障碍、困惑、恐惧和害怕等。某些患者在谵妄时的行为反映出病前职业特点。严重的病例可处于混乱性兴奋状态，企图外出，强烈冲动性行为对自己和周围

环境都具有威胁。谵妄持续时间如超过一个月则意味着有严重的组织破坏。

(4) 外伤性遗忘—虚构综合征：最显著的表现是虚构，同时亦存在记忆障碍。记忆的虚构可以是真实和杜撰的混合或完全是新的虚构。许多患者显示宁静和轻度欣快或滑稽的表情，而在提问时则变得易激惹。

(5) 硬膜下血肿：可以急性起病或迟发。头疼和嗜睡常在受伤后迅速出现，也可在数周或数月后发生。迟发病例的特征是嗜睡、迟钝、记忆缺损和意识模糊。硬膜下血肿可出现痴呆的全部症状，偶尔伴有运动性兴奋的急性谵妄状态。头疼很严重或具有波动性。患者可以缺乏神经系统体征，仅表现为头痛和波动性的精神紊乱。约有半数病人检出视神经乳头水肿。

2. 慢性精神障碍。

指对颅脑损伤后果建立新的适应需求所产生的症状。这类症状分为三种类型：

(1) 面对颅脑损伤的行为表现。由于缺乏心理准备，患者在面对颅脑损伤所致的脑功能缺陷时，表现为灾祸反应，当他们面对无法解决的问题时，颅脑损伤的患者变得突然焦虑、激动和茫然失措、愤怒抑郁或情绪不稳。患者往往无法说出焦虑和抑郁的原因，灾祸反应的后果是患者变得孤僻与退缩以回避接触使他感到恐惧的环境，并常常保持刻板的、谨慎的态度。

(2) 建立替代的行为以适应环境需要。颅脑损伤患者为了回避灾祸反应，脑功能的缺陷具体反映在兴奋性降低，只有强烈的刺激才能产生回应；由于注意力涣散，似乎对外界刺激又有不寻常高的感受性；由于难以区分他们所面对的事物及事物出现的背景或场合，往往对寻常环境出现的普通事物难以理解和感受，从而产生疑虑和焦躁，最后导致解决问题的能力受损。

颅脑损害患者均出现一些共同的症状，其基础是病理惰性。患者对某一刺激一旦发生反应，兴奋极易扩散，并持续下去；当患者试图去解决问题时，即使在正常的环境下，其体验犹如正常人面对

一张模糊的画片一样，感到模糊而不能肯定。

(3) 抽象态度和具体态度 1942年Goldstein曾描述这类患者对世界看法的两种态度。

抽象态度表现为：患者有随意采取一种精神态度的能力；自处境的一方面转移到另一方；同时掌握一个处境的几个方面；可抓住事物的主要部分并将整个予以隔离和分解为其组成部分；对常见的特征予以抽象，在观念形成前即着手进行；行为和思维象征化；从外界事物中将自我分离出来。他们与现实体验是分离的，思维和行为是由概括处境中同一属性的一般概念所支配的。

具体态度是一种形式的固定思维，而且不能迟于即刻体验或当前事物的刺激而进行。颅脑损伤病例的抽象能力受损，而且难以自抽象转变为具体。也就是说倾向于用具体的态度对待需要抽象的问题。

总之，慢性精神障碍的患者在思维上具有和精神分裂症患者类似的思维障碍。

3. 脑震荡后综合征。

也称脑挫裂伤后综合征，但通常用脑震荡后综合征，因为轻度颅脑损伤也可发生。约有55%的病人在恢复期出现，有20%～30%的患者可迁延呈慢性状态。有人将此综合征描述为“暧昧的精神病理状态，使医生和律师感到头痛之事”。常见的临床表现为患者主诉有头痛、头晕、疲乏、焦虑、失眠、对声光敏感、易激惹、抑郁、主观感觉不良等。

有许多证据表明，脑震荡后综合征的患者有明显的神经症素质倾向，心理社会因素在病程迁延上发挥重要作用。此综合征与外伤后遗忘症比较，后者易于治愈；而将脑震荡后综合征与一般神经症比较，结果发现两者的临床表现非常相似。

患者在受伤前即存在一些困难处境，致使适应环境的负荷加重。颅脑损伤削弱了患者的适应功能，从而招致神经症症状的附加。另外，“头部意识”的影响，认为头部在生命之中至关重要，造成的恐惧心理可在后来的精神病态和神经质中体现出来。因此，

在面对此类病人时，要避免暗示遭受严重创伤的概念，以减少医源性的症状。

虽然素质及心理因素在病因中起着主导作用，但仍有一些微小的可逆的病理改变，如受伤后4～8周脑血流减慢等。病程的长短及其严重程度，则在很大程度上取决于患者的素质和心理社会影响。

4. 外伤后人格改变。

人格改变是指患者行为的习惯态度和习惯方式的改变，因而对客观事物和对人的反应与过去不同。人格改变的程度有很大的差异，或显著或轻微。人格改变由外伤、病前人格特征和心理因素共同发挥作用。

（1）脑损伤伴发人格改变。这类人格改变是颅脑损伤后整个痴呆相的一个侧面。最常见的人格改变有遗忘，注意力集中困难和随意性思维减退等。额叶损伤可引起特殊的人格改变（见额叶症状群）。另一种类型是易激惹，自控力削弱，并可表现攻击和暴怒发作及反社会行为。儿童患者的破坏、违法乱纪行为、对抗性攻击性行为比较突出。

（2）与脑损伤无关的人格障碍。颅脑损伤后，患者的既往人格特征突出化，大多数表现为波动性的抑郁情绪、病态的焦虑、强迫性人格以及易激惹。

5. 外伤性痴呆。

较广泛的颅脑损伤可出现痴呆的临床表现，如认知障碍、智能缺陷、精神迟缓、反应迟钝、情感平淡、记忆减退、注意降低。

6. 外伤性脑病。

通常指拳击者外伤性脑病，又称"拳击醉态"。可能与大脑深部连续和积累的点状出血和坏死有关。病人的精细技巧受到损害，肌肉动作缓慢，平衡不良，轻度混乱，注意力衰退，集中和注意减低，讲话音重和踌躇，类似醉汉。智能损害可达功能残废的程度。

7. 外伤性癫痫。

硬脑膜穿破的颅脑损伤有较高的癫痫发生率，可达50%。脑

外伤性癫痫的早发者在受伤后一个月内出现，占10%～15%，其中较多在意外后48小时发生，晚发者多出现于受伤后二年内，占85%。颞叶病灶可引起精神病发作、表现梦样状态、阶段性遗忘、似曾相识、突然情绪爆发和幻嗅等。

8. 脑外伤后精神病性症状。

脑外伤可直接导致精神症状，也可对精神病素质者起到诱因作用。据统计，颅脑损伤后偏执性精神病的发生率为2.1%，抑郁症的发生率是1.3%，分裂样精神病占2.6%。

（三）诊断和防治

颅脑损伤引起或伴发的急性或慢性精神障碍的诊断问题主要反映在如何区分脑震荡后综合征和神经症，以及如何判定一些慢性外伤性精神障碍中器质性和非器质性成分。

由于受伤前人格和受伤场合在外伤后精神障碍发生上所起的作用较损失本身的严重程度重要，所以在意外发生后，医生和家属都不要表现出恐惧。有意识障碍者应卧床休息1～2周，以防止脑震荡后综合征的发生。应做好社会干预工作，提供支持性社会环境，从而有利于康复，家庭纠纷和关注赔偿问题可使症状持续不退。渐进式的活动与锻炼对恢复也非常有益。对情绪问题可给予心理治疗，精神障碍的处理，根据不同的表现形式予以抗焦虑药、抗抑郁药或抗精神病的药物治疗。

在预防方面，平时应强调安全生产、安全行车，健全和提高交通管理。老年人、酒精中毒和癫痫患者易发生意外，宜加以防范。

四、脑血管病伴发的精神障碍

脑血管疾病是指在血管壁病变的基础上，加上血液成分或血液动力学改变或二者兼有的改变，造成缺血或出血性疾患，从而影响到脑部血液的正常供应所引起的精神障碍。

（一）高血压病伴发的精神障碍

高血压病伴发的精神障碍是指在患高血压病的同时伴随出现的

精神障碍。病人除了血压超过正常范围，以及其他躯体症状外，有时伴发精神症状，表现为脑衰弱综合征，少数病人表现为焦虑抑郁状态、幻觉妄想状态或意识障碍。

1. 病因和发病机理。

高血压病的病因尚不十分明确，引起血压持续升高可能与长期情绪不稳、持久的精神紧张以及由此而产生的细小动脉痉挛及细小动脉硬化有关，往往造成脑组织供血不足甚至缺血，以至神经细胞发生营养障碍，从而产生一过性的脑血管危象或持续性的神经精神障碍。

有研究证实 A 型性格的人群易患高血压和冠心病。这类性格特征的人往往雄心壮志，喜欢竞争，性情急躁，缺乏耐心，容易激动，有时间紧迫感，行动匆忙，对人有敌意。高血压病人由于对精神易感性增高，精神因素又成为高血压性精神障碍的促发因素。所以高血压病亦是典型的心身疾病。

2. 临床表现。

动脉血压升高时，病人常出现类似神经衰弱的症状，以及焦虑、忧郁等；当血压急剧升高出现高血压危象时，常表现为意识障碍。

(1) 高血压病伴发的精神症状。

①脑衰弱综合征：表现为头部不适，情绪易激惹，植物神经症状，如心跳加快，心前区不适感以及睡眠障碍。头部不适以头昏为主，可有眩晕或耳鸣；头痛开始是阵发性的，逐渐发展为持续性钝痛，尤以前额及颞部或枕部更为明显，或者呈头部胀痛并伴有沉重感。头痛常带有搏动性，可随情绪变化、体位突然变化及用力用脑而加重。这些症状多与血压升高有关。睡眠障碍多为入睡困难、睡眠不安，噩梦及易惊醒。病人容易疲乏，注意力不集中，记忆力差，工作不能持久因而各种能力受到影响。

②焦虑忧郁状态：脑衰弱阶段初期，病人过分地关注自己的病情，或对卒中发作感到恐惧、忧虑，因而表现焦虑不安、甚至产生死亡恐怖或疑病观念。在高血压病中期阶段，伴随血管痉挛，血压

升高，可出现明显发作性焦虑和忧郁，同时伴有兴奋，烦躁和不安。

（2）高血压危象和高血压脑病时的精神症状。

①意识障碍：常常突然发作，以夜间为多。发作前数天可有头痛失眠、情绪不稳等前驱症状，继而出现程度不同的意识障碍，表现为朦胧状态、谵妄状态和精神错乱状态。此时可伴有恐怖性的幻觉或片段妄想，甚至出现自伤、伤人、精神运动性兴奋、冲动行为、言语不连贯、定向力丧失。意识障碍的程度时浅时深，有时可与周围环境保持部分联系是本病的特点。发作可持续数日或数周，恢复以后常有遗忘。高血压脑病时的意识障碍也可表现为意识恍惚、迷睡，并可很快进入昏迷而死亡。少数意识恢复的病人，在清醒前常有一段意识混浊。

②假性脑肿瘤样综合征：在高血压病晚期，部分病人由于脑血管器质性改变而逐渐出现意识混浊，在此基础上出现头痛、呕吐、视神经乳头水肿等颅内高压的体征。突出的精神症状表现为萎靡不振、乏力，对周围事物缺乏兴趣、表情呆板、思维贫乏、反应迟钝、动作缓慢。如意识混浊持续存在，往往预后不佳。

③其他：高血压病中期，某些病人可以不产生意识障碍，而表现为幻觉妄想状态，幻觉和妄想的内容常常相互联系，但妄想缺乏系统性。

3. 诊断和鉴别诊断。

在高血压病的基础上，病人出现脑衰弱综合征，或出现焦虑、抑郁、意识障碍及幻觉妄想状态；症状的起伏与血压关系密切；此外，应排除在患高血压病的同时合并其他精神病的可能性，则本病诊断即可确立。

鉴别诊断方面应注意与神经衰弱、感染或中毒伴发的精神障碍、颅内肿瘤以及与脑动脉硬化伴发的精神障碍相鉴别。

4. 治疗和预防。

本病的治疗应注意心理治疗和药物治疗的结合。

（1）心理治疗：对早期病人尤其有意义，这时的患者具有明显

的疑病倾向，表现敏感，常常过多地顾虑自己的疾病。如采用恰当的、及时的心理治疗，比如认知疗法，解释患病的本质，消除顾虑、恐惧、悲观情绪，指导其生活的调整，注意饮食和主动配合其他治疗措施。尤其是A型性格的患者，生活方式的改变，饮食习惯的修正，烟酒的控制或戒除，适当的运动，生物钟的重建，调整期望值等在治疗上有重要意义。

(2) 药物治疗：应以高血压治疗为主，可参阅有关内科书籍；同时控制精神症状，适当应用苯二氮唑类药物和其他抗抑郁、抗精神病类药物。应从小量开始，不宜长期使用。

在预防方面，由于病因尚未明确，所以，注意劳逸结合，防止精神紧张，开展适当的体育活动以及及早发现早期高血压患者，及时治疗均具有预防作用。

(二) 脑动脉硬化伴发的精神障碍

脑动脉硬化伴发的精神障碍是指由于脑动脉粥样硬化时，脑组织供血不足，导致大脑广泛而散在的缺血性病变，从而产生精神障碍。脑动脉硬化是全身动脉硬化的一部分，但是又常常不与全身性动脉硬化的病变相一致，甚至不与视网膜动脉硬化的程度相一致。国外有资料显示，脑动脉硬化所致的精神病和非精神病性心理障碍已占老年精神疾病的首位。

1. 病因、发病机理和病理解剖。

引起本病发病的根本原因，是不同程度的脑动脉硬化引起的脑组织器质性改变。脑动脉硬化的发病机理尚未完全阐明，可能与脂肪代谢紊乱、动脉管壁功能障碍、内分泌因素、高血压病及长期嗜好烟酒等因素有关。但是并非每个脑动脉硬化的病人必然发生精神障碍，它与病人的个性特征、遗传因素、中枢神经系统的机能状态和精神因素有关；与颅脑损伤、感染、中毒、躯体疾病以及嗜好烟酒等因素密切相关；同时脑组织一系列的生物化学改变，如能量代谢障碍、神经递质、酶代谢等障碍，会引起脑部微血管和毛细血管渗透性降低，造成血管内淤血，血栓形成。因此，上述变化是精神症状产生的基础。

在形态改变方面，40 岁以前，肉眼观察未见明显粥样斑块，只是动脉变粗，管壁稍变硬；40 岁以后，粥样硬化最先出现于动脉分支处，严重者粥样斑可侵犯大段动脉。脑组织的病理改变随着脑动脉硬化的严重发展而产生弥散性脑萎缩，脑体积减小，重量减轻，脑沟增宽，脑回狭窄，蛛网膜下腔及脑室系统扩大。神经细胞特别是皮质神经细胞大量脱失，在皮质及皮质下有多数大小不等的软化灶、脱髓灶及较小的出血、梗塞及稀疏区。神经细胞变性及胶质细胞增生，以血管周围最明显。

2. 临床表现。

（1）精神症状。

①脑衰弱综合征。早期的表现与神经衰弱类似。多数病人均能自述病情，如头昏及眩晕为主的头部不适感，伴有头响及耳鸣。头昏是病人特征性的主诉。病人感到走路不稳，甚至有失去平衡之感。当体位改变时，常出现眩晕，可能与前庭系统的供血障碍或供血不足有关。病人还常常有非持续性的头部钝痛。大部分病人有睡眠障碍，表现为睡眠不深，易醒，醒后长久不能再入睡。还有明显的易疲劳感及注意力难以集中。上述症状常有波动，一般进行缓慢，甚至可达数年及数十年以后才出现明显的精神异常。

②情感障碍。情感脆弱是早期脑动脉硬化最典型的症状，表现为控制情感的能力减弱，易伤感、激惹或暴怒，或无故地忧虑、抑郁、焦虑、苦闷或悔恨。可以出现自杀行为或类躁狂状态。随着病情的发展，智能障碍的出现，情感障碍亦明显加重，出现情感脆弱、不稳、欣快或淡漠，或出现强制性哭笑。疾病晚期，痴呆发展到严重程度时，情感变得呆滞、淡漠、对周围事物无动于衷。

③人格改变。卒中发作或痴呆发展严重时，可出现人格改变，如自私、挥霍、幼稚、性行为轻率、懒散、不讲卫生、行为不顾后果等。

④妄想状态。整个病程中，有些病人可以出现夸大妄想、被害妄想、嫉妒妄想、疑病妄想，也可出现关系妄想、罪恶妄想、贫穷妄想、被窃妄想及虚无妄想。部分妄想继发于感知觉障碍，部分妄

想继发于智能障碍。

⑤意识障碍。卒中发作可以出现意识障碍，表现为意识朦胧、谵妄或精神错乱状态。此时，病人的定向能力丧失、兴奋、躁动，并出现片段的幻觉、妄想和攻击性行为。此种状态一般数小时或数天，事后病人常常完全遗忘或只留下部分回忆。

⑥记忆障碍。在没有出现意识和智能障碍的情况下，病人出现短程和长程的记忆缺损，以前者为主。尤其对人名、地名、日期和数字最先遗忘。在工作上表现为效率的降低和缺乏主动性。对于脑力工作，如思考、理解均感到迟缓。后期可见明显的病理性赘述。

(2) 神经系统症状和体征。

在病程进展中，常有轻微的、非定位性的神经病理体征，尚有对光反应减弱，瞳孔变化，肌张力增高，多汗等植物神经机能障碍。卒中发生后，常见偏瘫、失语、一侧面神经麻痹，共济失调以及癫痫发作等。

(3) 其他检查。40%左右的病人有视网膜硬化性血管病的证据，脑 CT 可见多数梗塞灶。

3. 诊断和鉴别诊断。

40 岁以后发病，无明显诱因而逐渐出现类似神经衰弱的症状，同时伴有情绪不稳、近记忆明显减退。病程发展缓慢，症状常常轻重不等，具有明显的波动性。病人的人格特征尚保持完整，自知力也较良好。体检可发现眼底动脉或全身动脉硬化。血液检查可发现胆固醇、血脂高于正常值。此外，脑血流图往往显示脑动脉硬化图形，CT 检查可发现脑间萎缩、脑室扩大。

鉴别诊断应与以下疾病相鉴别：

①神经衰弱。根据发病年龄、无明显精神因素，临床表现为情感脆弱和远近记忆力减退为突出及实验室检查的阳性体征来作为诊断本病的有力证据。

②高血压病伴发的精神障碍。两者的鉴别往往比较困难，很多因素常常同时存在，可以参考下列情况：高血压病的发病年龄较脑动脉硬化为早，出现精神障碍的诱因不同，高血压病常常为精神因

素；脑动脉硬化常常在过劳、任务繁重或传染病后发生。高血压病的精神障碍发生较为迅速，情感障碍多以恐惧、焦虑为主；而本病常呈焦虑忧郁状态或明显的脆弱、郁闷和怨恨。本病的意识障碍及晚期的痴呆均较高血压病为轻。

③此外，本病尚需与原发性癫痫和其他症状性癫痫相鉴别。

4. 防治。

本病的早期诊断和早期治疗有重要意义。一般治疗可参考高血压病，注意限制高脂肪或高胆固醇的食物，多吃蔬菜水果及高含碘的食物。

药物治疗有几类，如降胆固醇、保护血管的药物，如大量的维生素 C、维生素 B6、亚油酸丸、中药何首乌、草决明等；扩张血管的药物，如烟酸、丹参等；改善精神症状的药物可参考神经衰弱的治疗及其他对症治疗。

（三）血管性痴呆（VD）

VD 是指由于脑血管障碍引起，以痴呆为主要临床相的疾病名称。一般在 50～60 岁发病，比 AD 早，男性多于女性，半数患者伴发高血压病。进展较缓慢，常因发生颅脑出血、脑栓塞或脑血栓形成的卒中发作，引起急性加剧，病程波动，若侧枝循环代偿良好，症状可以缓解。与 AD 比较，多数伴有局限性神经系统症状和体征；虽有记忆障碍，但理解力和判断力正常，人格保持良好，对疾病有自知力；精神症状多种多样，最终发展为痴呆。

1. 病因及发病机理。

VD 的病因是脑血管病变（包括出血性和缺血性）引起的脑组织血液供应障碍，导致脑机能衰退的结果。产生脑血管疾病的病因较多，主要是在血管壁病变的基础上，加上血液成分或血流动力学改变，造成出血或缺血性疾病。产生脑出血最常见的原因是高血压、脑动脉硬化；脑梗塞是由于脑供血障碍使脑组织缺血、缺氧而引起脑软化，临床上常见的类型有脑血栓形成和脑栓塞。

2. 临床表现。

主要包括早期症状、局限性神经系统症状和痴呆症状。

(1) 早期症状：潜伏期较长，往往缺乏明确的神经系统症状和体征。早期的特征性症状是躯体不适感，以头痛、眩晕、肢体麻木、睡眠障碍和耳鸣多见。另外尚有消化道功能紊乱，易疲乏、情绪不稳等。一般将早期症状称为脑衰弱综合征。

(2) 局限性神经系统症状和体征：突出的有假性眼球麻痹、构音障碍、吞咽困难、中枢性面肌麻痹、不同程度的偏瘫、失语、失用或失认、癫痫大发作及尿失禁等。不同部位的脑出血或梗塞，产生的局限性症状不同。

(3) 痴呆症状：在早期，痴呆症状与老年性痴呆相比，有很大差异。其特征是：虽然出现记忆障碍，但在相当长的时间内自知力存在，知道自己记忆力下降，为了防止遗忘而做好备忘记录。有的病人有焦虑或抑郁情绪，或出现赘述。但日常生活及人格状态保持良好。

在痴呆进程中，部分病人出现感知觉障碍及思维障碍，包括各种妄想；情感脆弱发展为情感迟钝或感情失控等。随着病情加重，严重的躯体合并症，强烈的精神创伤，环境的变化，尤其是发生急性脑血管病的情况下痴呆症状便呈阶梯式加重，到晚期表现为全面性痴呆，与老年性痴呆鉴别非常困难。

3. 诊断和鉴别诊断。

(1) 诊断。根据 ICD－10 的诊断要点：诊断的前提是存在痴呆，认知功能的损害往往不平均，故可有记忆丧失、智能损害及局灶性神经系统损害的体征。自知力和判断力可保持较好。有关特征有：高血压、颈动脉杂音、伴短暂抑郁心境的情绪不稳、哭泣或爆发性大笑、短暂意识混浊或谵妄发作，常因进一步的梗塞而加剧。人格相对保持完整，但部分病人可出现明显的人格改变，如淡漠、缺乏控制力或原有人格更加突出，如自我中心、偏执态度或易激惹。

(2) 鉴别诊断。由于痴呆是一个综合征而非一个疾病单元，往往是某个疾病的一个临床相。在此，主要讨论与阿尔采末氏痴呆 (AD) 的鉴别。

① 发病年龄：VD 比 AD 早

② 病程：AD 潜隐缓慢；VD 可有急性发作，尤其是卒中发生后，症状加重，病程呈波动性、阶梯性恶化。

③ 早期症状：AD 早期无自觉症状；VD 早期自觉症状明显。

④ 精神症状：VD 的自知力、判断力及人格等均保持良好，AD 的情绪以淡漠和欣快为主，VD 则脆弱、不稳或低落，晚期可见情感失控。

⑤ 神经系统局限性症状和体征：AD 往往无神经系统局限性症状和体征，在疾病进展过程中可出现肌萎缩、肌阵挛等。

⑥ 全身性疾患：AD 一般无特殊合并的疾患；VD 多数合并高血压病、糖尿病、高脂血症等。

⑦ CT 所见：AD 的 CT 为对称性脑沟变宽和脑室扩大；VD 可见多发的中小型低密度区。

4. 治疗及预防。

脑血管性痴呆的治疗原则为：改善脑血流、预防脑梗塞、促进大脑代谢，达到阻止恶化、改善及缓解症状。主要药物有：

(1) 大脑调节代谢药。可改善认知功能，如脑复康、脑复新、都可喜等。

(2) 血管扩张药。小剂量阿司匹林、西比灵等。

(3) 改善精神症状。不同的精神症状给予相应的处理。

本病的预防要从预防高血压病及脑动脉硬化入手，可参考相应的资料。

第十二章　智力障碍

人类对智力障碍的认识，可以追溯到古代文明时期，虽然以学校为基地的智障儿童教育只有200年的历史。但是，在这一短暂的200年期间，人类对智力障碍的认识、对智障人员的筛选、诊断和预防与矫治措施等，都发生了巨大的变化。本章旨在从智力障碍的定义、原因、表现、诊断及其预防与矫治等方面出发，对智力障碍进行阐述。

一、智力障碍的定义和流行率

（一）智力障碍的定义

智力障碍又称智力残疾、智能不足、智力落后、弱智或心理迟滞，是一种常见的残疾。对智力障碍有过许多定义，其内涵也有一个发展的过程。智力障碍曾被称为傻瓜、低能儿、白痴或精神病等。直到今天，不少缺乏专业知识的人仍然将智力障碍与精神病混为一谈。

20世纪初期出现了智力测验，使对临界的和轻度的智力落后的描述和鉴别成为可能，同时也提供了对弱智儿童进行鉴别的有效手段。经过多尔（Doll，1941年）、赫伯（Hebert，1961年）等较有影响的定义以后，1973年，美国智力缺陷委员会（AAMD）制定的以格罗斯曼（Grossman）为首的委员会重新审定了智力落后的新定义，被称为1973年AAMD的定义。该定义对全世界许多国家关于智力落后的定义具有很大的影响，全文如下：“智力落后指的是在发育期间表现出来的智力功能显著地低于平均水平，并同时伴随有社会适应行为方面的缺陷。”

该定义与以往的定义相比较，至少有以下几方面的区别：

①“智力功能显著地低于平均水平”的解释是低于平均水平的两个标准差，它意味着在斯坦福－比纳智力测验中，智商在68以下；在韦克斯勒儿童智力测验中，智商在70以下的儿童，才有可能被怀疑是否属于弱智儿童。

②特别强调社会适应行为方面的缺陷在智力落后定义中的地位。在以往的定义中，不论有没有提到社会适应行为，都没有将他列为智力落后定义的必要条件。新定义强调社会适应行为，并将社会适应行为方面的缺陷与智力缺陷同时规定为智力落后鉴别的两个先决条件。针对原来社会适应行为的内涵混淆不清、众说纷纭的情况，格罗斯曼为社会适应行为提出了比较明确的定义：“社会适应行为指的是主体实际具有的正常同龄人所应具有的生活自理能力和社会能力。”

③对发育期间的解释是0～18岁，以18岁为上限的年龄划分，正好与美国义务教育的年龄相吻合。AAMD的定义得到了比较广泛的支持，并对其他国家产生了较大的影响。

我国结合国内外弱智领域的实际，1987年我国进行全国残疾人抽样检查时，经国务院批准，由全国残疾人抽样调查领导小组印发的《残疾标准》一书，对智力障碍定义如下：“智力发育期间(18岁以前)，由于各种有害因素导致精神发育不全或智力迟缓；智力成熟以后，由于各种有害因素导致的智力损害或老年期的智力明显衰退。”

与1973年AAMD定义相比，上述定义都具有重视智商低和适应行为功能差两个因素的共同点。但也具有以下区别：我国的定义既强调智力发育期间（0～18岁）发生的智力落后，也注意18岁以后由各种因素造成的智力损伤或智力明显衰退，从而强调了智力落后是在人的一生中任何年龄阶段都可能发生的残疾，因此，我国的定义更符合我国智力落后领域内的实际情况。

（二）智力障碍的流行率

智力障碍的流行率指的是实际存在的弱智儿童总人数与学龄儿童总数之比。我国对智力障碍流行率的报道不尽相同。如：1991

年，国家教委初等教育司主编的《特殊教育文件、经验选编》中的有关文章报道说，辽宁省弱智儿童占学龄儿童总数的1%，山东省占1.46%，而浙江省则占2%。根据1988年全国0~14岁儿童普查的结果，智力落后流行率为10.7‰，其中城市7.5‰，农村11.3‰，女性10.1‰，而在一些少数民族地区和缺碘地区，智力落后流行率高达30‰以上。国外对智力落后儿童流行率的报道，一般在10‰~30‰之间。

几乎国内外所有的调查都表明，在所有的年龄阶段，男性弱智儿童都比女性弱智儿童多。有的调查甚至表明，就绝对数来说，男女弱智儿童之比在1.5:1~1.8:1之间。有三项基本上被公认的原因来解释为什么会发生这种现象：

① 男性比女性更容易发生与X染色体有关的缺陷。

② 因为性别不同，儿童的行为以及社会对儿童的要求也不同。例如儿童期，男孩的攻击性行为是比较普遍而且强烈的。有的男孩可能不知道在什么场合下的攻击行为是适宜的，而在什么场合下的攻击行为又是不能接受的。这些表现出攻击性行为的儿童，与那些没有表现出攻击性行为的儿童相比，更容易被诊断为弱智儿童。

③ 社会对男性的生活自理或自立的要求比对女性的要求更高，所以，男孩比女孩更容易被认为是适应行为方面的缺陷，从而被诊断为弱智儿童。

从文化特点来说，智力障碍在发达国家的发生率高，美国的发生率为3%，而一般的国家的发生率只有1%。原因有这样几个方面：发达国家有财力供养智力障碍，而不发达国家则缺乏这样的基础，因此，智障者可能死亡率高；发达国家比较重视，有良好的检测手段，能发现智力障碍者，而不发达国家相对而言则要差得多。

从发展特点方面来说，学前儿童低于1%，75%的智力障碍的为学龄儿童，多处于10~18岁之间；但之后的比例大幅度减少，只有10%左右。原因很简单：一般人们在这个年龄阶段才对儿童进行这样的测试，在18岁以后，严重的智力障碍者可能已经不在人世，而那些轻微的智力障碍者已经通过训练走向了社会。

从程度方面来看，90%的智力障碍者为轻度的心理障碍，10%为中度以上的智力障碍。

二、智力障碍的表现及其原因

不同程度的智力障碍，其表现和原因都有不同，因此应根据不同的程度对这两方面进行分析。

（一）表现

根据智力障碍的临床表现，一些国家团体和权威曾将智力障碍划分为低能、愚鲁、痴愚和白痴四个等级；美国教师联合会按照患者在教育程度上的表现，划分为可教育的、可训练的和可监护的三个等级。这种划分方法在教育界被广泛地采用。

当前采用的更普遍的划分方法是 DSM－Ⅲ的四级分法：轻度的、中度的、重度的和极重度的。由于缺乏更适合的测量，DSM－Ⅲ以智商作为区分严重程度的基础，在不同层次之间的边缘之处，关于分类或许有些改变，视诊断者可使用的观察的性质而定。这四种程度及各自的估计人数分别是：

智能不足的类别	智　商	人数估计
轻　度	50～70	5 000 000
中　度	35～49	600 000
重　度	20～34	200～000
极重度	低于 20	90～000

除了智力功能的表现不同外，适应行为方面也有很大的差异，不同程度的智力障碍大致表现如下：

1. 轻度智力障碍。

学龄前可发现说话、走路发育稍晚。进学校后，年龄越高越感困难，一般难以达到中学水平。可胜任简单的工作。这种患者性格脾气常有某些特点。稳定性者一般较安静，易于接受教育，能掌握一定的劳动技能，容易得到别人的同情照顾。不稳定性则常常喋喋

不休，手脚不停，易惹是生非，常使人讨厌或遭到戏弄。

2. 中度智力障碍。

能学会一般的语言，但不能表达复杂的内容，常口齿不清，接受能力及理解能力较同龄小孩差，勉强升入二年级，就难以再升上去。经过训练可以学会自理生活并从事一些简单劳动，但常需别人指导和照顾。

3. 重度智力障碍。

从小就可以发现有躯体及神经系统的异常，只能学会一些简单语言，只能在监护下生活，不能进行生产劳动。

4. 极重度智力障碍。

程度相当于白痴。出生时即有明显的躯体畸形及神经系统异常，不能学会走路和说话，感觉迟钝，不知躲避，常伴有其他先天性疾病或继发感染而夭折。

经典的适应行为定义是由斯隆（Sloan）和波奇（Birch）于1955年提出来的。它们指出，适应行为包含可测量的三个部分：成熟、学习能力和社会适应能力，并列表说明四个等级的智力障碍的患者在适应行为方面的表现，以及经过教育和训练能达到的适应行为能力的水平。其中除了个别结论已被证明不那么正确，如“可训练的弱智儿童不能从生活自理能力训练中受益”外，其他内容仍然是很有价值的（见表 12－1）。

表 12－1

年龄 表现 严重程度	学龄前（0～2岁）	学龄期（6～21岁）	成年期（21岁以上）
	成熟和发育领域	训练和教育的效果	社会责任感及职业表现
一级（极重度智力障碍）	总体迟滞，感知运动领域能力极差，需要监护	不能在生活自理能力训练中受益，需要监护	某些运动能力及言语得到发展，不能自理，需要完全的看护和监督

续表 12-1

严重程度＼表现＼年龄	学龄前（0~2岁）成熟和发育领域	学龄期（6~21岁）训练和教育的效果	成年期（21岁以上）社会责任感及职业表现
二级（重度智力障碍）	运动发展很差，言语能力有限，一般来说不能从生活自理训练中受益，交流能力极差甚至没有语言及言语能力	会说话与学习交流，通过训练能养成一般的健康习惯，能从系统的健康习惯训练中受益	在充分监护下能做到部分生活自理，能发展一些低限度的自我保护技能
三级（中度智力障碍）	会说话和学习交流，社交意识很差，运动发展到相当不错的程度，只能从某些生活自理能力训练中受益，需中等程度的监护	通过特殊教育，到青年晚期大致能学会四年级的课程	在技术性不强的岗位上能做到半自理，即使在很轻微的社会压力和经济压力下也需要监护和指导
四级（轻度智力障碍）	能发展社交技能和交流技能，感知领域的发展有些迟缓，较晚才会与同龄人之间表现出差异	到青年晚期只能学会六年级的课程，不能学会普通中学课程，在中学阶段特别需要特殊教育	在恰当的教育下足以胜任社交和职业环境，在严肃的社会经济环境中需要监护

摘自 *Mental Retardation*，第190页。

由上可以看出，轻度到中度的智力障碍的症状很可能出现在人格特质，像是依赖、被动、忍受挫折感的能力低落、忧郁以及自我伤害的行为。而重度或极重度的智力障碍的症状可能就是说话异常、视觉和听觉问题、脑性麻痹及其他神经疾病。

（二）原因

智力障碍产生的原因是多种多样的，除了一些由疾病引起的

中、重度智力障碍的原因已有定论之外，绝大多数造成轻度智力障碍的原因仍有争论，并在不断的探讨之中。目前一般认为，智力障碍的原因可分为遗传性因素、疾病因素和环境因素几大类。

1. 遗传性因素。

一项研究表明，低于智商 80% 的儿童，其母亲智商低于 80% 的几率是 80%。该项报告也指出，母亲的智商愈低，儿童低智商的可能性也越高。当然，这个相关发现并不一定表明有因果关系。该研究本身并没有确定出遗传因素。母亲的智商可能只是使原本即已贫穷的环境更加恶化。而且低智商的父母一定比一般的父母提供较少的刺激供儿童智力发展，不论家庭的贫困程度如何均如此。

25% 的智力障碍者的引起因素是器质性的，他们的智力障碍的程度一般在中度以上：

(1) 染色体异常：人体有 21 对体染色体和 1 对性染色体。任何一对染色体产生错乱，都可能产生智力障碍。

①体染色体异常：当父母的染色体正常的分裂且配对时（减数分裂），母亲的卵子和父亲的精子产生不正常的情形，例如：父母一方染色体分裂失败。当受精时有 3 个第 21 对染色体，使胎儿的染色体多余一般正常的 46 个染色体。这种错乱的过程称为 Trisomy－21，结果产生唐氏症（Down's syndrome）智能不足。

唐氏症儿童与生俱来有三种障碍：一是短暂的生命。因为容易受到心脏和循环疾病的侵袭，这些儿童在出生后六个月内有很高的风险。现代医学的发展促进了六个月的存活率，而且甚至许多唐氏症的儿童活到成年期。他们如果经历早期的风险而活到 1 岁，则可预期活到 22 岁。二是身体外表。这些儿童的身体特征成为唐氏症儿童的标志。这些特征包括不寻常的杏仁眼［过去这类儿童因而被称为“蒙古儿”（Mongoloid)］，扁平的鼻子和宽脸、舌头过大且有深深的裂缝以及短而粗的手指。大多数（但并非全部的）唐氏症儿童的智商低于 50，属于重度障碍的类别。约 10% 的中度到重度智力障碍者患有唐氏症。

②性染体异常：性染色体的异常共有三种：第一种只发生在女

性身上；第二种只发生在男性身上；第三种则发生在两性身上。第23对染色体负责决定受精卵的性别，通常女性有两个X染色体，男性有XY染色体。错乱的情形可能发生在两性身上。当女性只有一个X染色体时，会产生Turner症。这种异常的身体特征为成长迟滞和没有第二性特征。这类人口里约有20%具有智力障碍，其他则可能表现出知觉缺陷。

在男性方面，当男性有两个以上的X染色体时会产生异常。这种异常成为Klinefeter症，这类异常造成受感染儿童成为智力障碍的几率是25%。

另一种染色体异常是因为“脆弱的X”。因为基因引起不佳的X染色体而产生的异常，估计约占所有智力障碍人数的10%。他们也会有外表的异常，如过长的脸、突出的下巴和前额。最重要的是它似乎和儿童的自闭症有关系，约10%～15%的自闭症儿童也有脆弱的X染色体。因为女性有两个X染色体，较强壮的X染色体便弥补脆弱的X染色体。结果，女性智力障碍的概率相对要小。

(2) 隐性和有缺陷的基因：隐性的基因对于出生儿身体的影响，只有当此隐形基因和另一半的隐形基因结合时才会实现。近亲结婚生下的孩子更可能产生此现象。隐性基因是形成下列三种智能不足的主因，苯酮尿症（Phenylketonuria，简称PKU）、Tay-Sachs疾病、矮呆症（Cretinism）。

①苯酮尿症：这种异常的儿童因为隐性基因结合而有过多的苯丙胺酸，严重伤害了正在发育的脑神经系统，转而形成智能不足、痉挛、过动和脱离常轨的行为。

② Tay-Sachs疾病：这种伤害新陈代谢的疾病，是大脑组织缺乏Enzyme hexosaminidase A的结果。虽然这种疾病不会一出生就表现出来，但通常在8～24个月大之间会被发现，当时婴儿显出蔓延性的肌肉无力，无法翻身、抬头、抬起躯干或者无法移动。他们也会失去食欲、视力及听力。他们通常在2～4岁之间死去。这种疾病局限于东欧和犹太人的祖先。

③矮呆症：这种智力障碍是缺乏甲状腺分泌的结果。甲状腺分

泌主要是因为血液里没有碘。其他因素也可能有影响，例如：出生时的伤害，使血液流入甲状腺；感染疾病，哮喘或白喉等；或者偶尔因为遗传的缺陷引起甲状腺的活动过弱。目前，大多数国家已经采取了公共卫生措施，规定在食盐里加碘，使得因缺乏碘而产生矮化症的情况大大降低。

2. 环境的因素。

形成智力障碍的环境因素共有三种：出生前的环境因素、生产时的伤害所造成的因素以及出生后的因素。

(1) 出生前的因素：形成智力障碍的出生前因素主要有三种：

①母亲怀孕时的过滤性病毒或细菌感染，透过羊水传染到胎儿。这类感染产生脑部发炎和脑部组织恶化。这方面的感染因素有：梅毒（细菌引起）、风疹（病毒）、巨细胞病毒尿（病毒）以及寄生虫等驻血源虫病等。这些都可以导致孩子出生后的心理障碍。有些疾病对母亲几乎没有什么影响，但是对胎儿的影响最大。例如：当母亲染上德国麻疹，虽然这只是母亲的轻微疾病，使母体温度较低和发疹子，但是如果传染给胎儿，却会引起胎儿的智能不足。怀孕最初三个月里，50%感染疾病的母亲会将疾病传染给胎儿。结果则视形成的脑伤的严重性和位置而定，可能是智能不足、感官缺陷以及先天性心脏病。

②胎儿酒精综合症。这种可预防的悲惨情况是因母亲怀孕时饮酒过量而造成的。母亲体内出现酒精将直接作用在胎儿身上，形成脑部伤害和各种身体及心理的缺陷。其中造成的一个影响是小头症（脑部过小）。小脑症将引起轻度或重度的智能障碍。除了智能不足（可能出现但不一定总是会出现 FAS 的症状）之外，还包括注意力和学习问题、过动和行为问题其他可能的症状。

③药物滥用。母亲服用药物引起感染，这些药物对母体没有什么伤害，但对胎儿的影响很大。这些药物主要有：激素、抗生素、组织新陈代谢的药物等。同时，药物的作用与母亲服用药物的时间有关，越是在怀孕的早期服药，对胎儿的影响就越大。具体大概是这样的：在怀孕后的 2 周，药物对胎儿几乎没有什么影响；2～10

周，胎儿对药物有极大的敏感性，而且也是胎儿重要器官形成时期，如心脏、脑等，药物对这些器官有很大的影响；3个月后是神经系统形成的时期。

此外还需特别注意的是，在妊娠期间的一些有害射线，如X光线、强烈的雷达射线等将对胎儿大脑发育不利；而不良情绪、疲劳等因素也可能导致产前缺氧。

(2) 生产时的伤害：儿童出生时有各种情况可能会伤害脑部并且造成智能不足。这些情况包括：生产时间过长，胎儿缺氧引起头部的压力，以及身体的创伤。当前，生产伤害所造成的智力障碍只占总体的极小部分。约2%的早产儿出现某些神经问题的征兆。但出生体重和低于平均的智力之间相关极少。

(3) 出生后的因素：这是一个有争议的问题。许多研究者认为，以上所讨论的病因往往导致中度以上的智力障碍，但是，对于绝大多数的智力障碍者来说，极重要作用的仍然是环境因素（以出生后的因素为主），或者是遗传和环境的相互影响。国外学术界用"家庭—文化背景落后"或"心理—社会条件不良"这两个术语来概括绝大多数弱智儿童产生的原因，特别是近10年以来，"心理—社会条件不良"这一术语使用得更为广泛。这一术语的出发点是一致的，即轻度智力障碍不是由某种具体的原因引起，而是诸多环境因素交互作用的结果。毫无疑问，有先天缺陷的儿童其发展异常是某种功能发生了障碍的复杂过程的结果。这以发生障碍的功能在儿童心理发展中的地位，以及障碍所发生的年龄阶段为转移。智力障碍大多是由于儿童生命早期产生的大脑器质性损伤所致。这给儿童造成的发展障碍祸及心理活动的各个方面，远比单一的功能障碍（如聋或哑）所造成的影响要大得多。

大脑受损会使作为心理活动生理机制的高级神经活动发生病理变化，形成一系列的异常特征：皮层联系功能减退，条件反射难以建立和巩固；积极的内抑制受到破坏，难以辨别各种不同的刺激，形成分化性神经联系；大脑皮层细胞功能削弱，难以维持神经反应过程的必要的紧张度，容易进入保护性抑制状态；两个信号系统不

能保持正常的相互关系，难以在词的作用下形成复杂的条件反射系统；神经反应过程缺少必要的灵活性，使神经联系带有严重的惰性，等等。也就是说，赖以顺利发展的首要的遗传素质——大脑及其皮层的活动出了问题，从而剥夺了儿童心理正常发展的生理基础。

疾病及其造成的病态的高级神经活动的特点，不仅直接导致儿童心理方面的种种缺陷和行为与性格方面的障碍，而且又影响到后天环境和教育的作用，进一步加剧了整个心理，尤其是性格方面的发展缺陷。因为他们使得弱智儿童不可能像正常儿童那样，从环境和教育中汲取丰富的发展营养。适合于正常儿童成长发育的家庭和社会环境及教育条件，可能对弱智儿童不仅无益，反而有害。同时，弱智儿童的种种不良表现也往往进一步恶化了其发展的环境和教育条件。按照维果茨基的说法，这就意味着儿童的生理缺陷剥夺了他们从小开始掌握人类文化的可能性。

鲁宾斯坦为了形象地说明维果茨基的理论，把弱智儿童与根系不好的植物进行比较。这种植物的根不能在有营养的土壤中汲取营养，但在易感土层或有毒的地方却张开了自己的毛孔。生长在完全适宜条件下的这种植物也能开花，在通常条件下，它却会干枯和凋萎，达不到生长的顶点。

缺少认知活动积极性和定向活动能力差，是大脑皮层缺陷直接引起的核心症状。这种核心症状通过与环境和教育的相互作用，又派生出许多其他的第二性、第三性的缺陷或特征。

首先，弱智儿童认识活动的兴趣和需要发展差，使他们的基本生理需要的作用增加。例如对于正常儿童来说，随着年龄的增加进食需要，逐步退居次要的地位，当适当地满足他们的进食需要后，这种需要就对其行为没有决定性作用了。对于智力低下的儿童则不是这样，直到相当大的年龄，吃东西还在其行动中起着决定性的作用。又比如，由于受到不良的影响或看到周围青年人的坏样子，弱智儿童会过早地出现性的需要和兴趣。只要出现这种情况，性需要就具有很大的推动力，驱使他们做出违背行为规范的事情。

其次，弱智儿童与家庭成员的关系一开始就对儿童心理发展产生不利影响。弱智儿童多半软弱无力，长时间地学不会坐、站和行走，不会抓取东西。家长及其成员一般都不懂得和不善于培养自己子女的独立活动能力，而倾向于无微不至地、过多地伺候他们，不教他们独立使用东西，或大大减少这种尝试。这些都会造成不良的后果。过分的监护和众多的限制，会妨碍儿童动作发展、获得使用物体的经验和认识物体的属性。这样，一方面儿童缺少对新兴印象的强烈需要，另一方面家长毫无根据地过早地失去发展儿童独立活动能力的信心，使得父母与弱智儿童的接触只是为了满足后者的机体需要。父母保护了儿童，但却妨碍了儿童的发展。并且当弱智儿童进入儿童群体时，又开始了一个更沉重的时期。儿童群体是促进高级神经机能发展的核心因素，弱智儿童往往得不到正常儿童的接纳，家长又总是限制他们与正常儿童的接触，使他们被排斥于正常儿童（兄弟姐妹及邻居）群体之外。在这种群体中，他们没有自己的地位。正常同龄儿童不与他们玩，或者总让他们担任吃亏的角色，看不起他们，甚至有意欺负他们。集体游戏对于儿童是一种生动的教育。儿童可以借助它学习成年人的相互关系，了解人们对集体活动的权利和义务，然而，弱智儿童却受不到这种教育。

最后，弱智儿童在普通教育机构里生活和学习期间，心理发展容易受到严重打击。学习上的失败，交往上的挫折，精神上的伤害，使他们的性格开始扭曲，对学校和学习丧失兴趣，甚至产生恐惧情绪，变得无所事事，习惯于闲散胡闹，离开学生群体，在孤独中寻找安慰，并滋长或沾染上许多坏习气。

弱智儿童的全部症状、全部心理特点，就在这样的情况下发生和形成了，这既是其内部不利条件的作用结果，又是外部不良条件影响的结果。贫困和多子女、居住过于拥挤、父母无暇顾及孩子、早期经验剥夺和缺乏教育机会以及父母文化水平低等不利的环境因素都可能导致儿童产生轻度的智力问题。我国农村智力障碍的流行率远远高于城市，也说明了环境因素对形成轻度智力障碍的重要意义。据国外资料报道，文化剥夺和经验剥夺的状况下，社会经济地

位低的家庭中的智力障碍儿童，是社会经济状况良好家庭的15倍，对于程度较轻的智障儿童来说，尤为如此。也有不少人认为，环境恶劣只能造成短时期的智力发育迟缓，只要儿童大脑的解剖和生理发育健全，一旦环境条件得到改善，儿童的智力发展也会加快，经过一段时间的发展，也能达到甚至超过一般的水平。现实生活中不乏这样的例子。

三、智力障碍者的筛选与诊断

智力障碍者的筛选指的是从为数众多的人群中，如何迅速发现那些可能属于智力障碍的人员，并建议对他们作进一步的鉴别和判断；智障人员的诊断指的则是通过一系列必要的正式及非正式的测验手段和日常观察，去鉴别出属于智力障碍的人群。一般来说，因为智力障碍人员的平均寿命比较短，而且成年后对其的筛选和诊断的意义也不大，因此，本章所讨论的主要对象是弱智儿童。筛选和诊断的根本目的在于发现弱智儿童，对他们作出适当的教育和安置，并通过必要的教育、康复措施来预防其疾病的进一步发展，对已发生的残疾进行可能的补偿，并预防第二性疾病的发生。

由于智力障碍的程度不同，其症状发生的时间也不同。一般来说，中等以上的弱智在婴儿期就会比较明显地暴露出症状来；而轻度弱智则要到学龄期，随着儿童不能成功地学习大多数学科，才被怀疑是否属于弱智儿童。当教师、家长或医务人员发现儿童智力落后的症状，并怀疑该儿童是否属于弱智儿童的时候，就应该建议有资格的专业人员对该儿童进行智力测验、适应性行为测验，并进一步观察其在教育情境中的表现，从而完成对该儿童的诊断过程。

（一）初步的教育筛选

初步的教育筛选的目的是为了在大量的儿童中发现可能有问题的儿童，从而建议专业人员对他们进行更深入细致的评估和测试，作出诊断，以确定问题的性质。对于程度较轻的弱智儿童来说，家长和教师往往是最早发现问题的人。一般来说，当儿童生活自理能

力差、社交能力差，而且各科或多科学习成绩也普遍差的时候，家长和教师就应该怀疑该儿童是否属于弱智儿童。

为了有效地对儿童进行筛选，国内专业人员将国外的一些筛选工具和方法结合我国的具体情况加以修订，使其更适用于我国儿童的筛选。如丹佛智能筛选检查（DDST）和画人测验（Draw a man test）等。通过筛选测验来评价被试的大肌肉运动、精细运动、语言发展、社会适应行为能力状况和智力发展水平。

筛选检查应该简便、快捷、易行。雷佛测验（REFER）是国外广泛使用的筛选检查工具。雷佛是 REFER 的译音，由 Rapid exam for early referal 的字首字母组成，意为“早期快速检查”，由孔乃尔曼（Kunzelman）和凯尼格（Koenig）于 1980 年发明，被广泛地用于 6 岁前儿童的筛选检查。雷佛测验由 4 组简单的学前技能题目组成，每组包含 4 个题目。做一次只需 4 ~ 5 分钟。经过 15 秒钟的联系后，要求被试在 4 组题目中各做一题。如果正确率很低的话，那么要求对被试进行进一步的测试和诊断。如果被试在 4 道题中共有 3 道正确的话，那么就建议在三个月后再做一次，以决定是否需要进一步的检查和诊断。康乃尔和库尼格认为，雷佛测试可以有效地将可能有问题的儿童筛选出来，而不至于让他们在不恰当的普通教育环境中贻误时间。

国内外的教师在长期的实践中，还总结并设计出许多问卷筛选表，用以了解儿童能做什么，不能做什么，从而对可能有问题的儿童进行快速筛选，达到发现可能有问题的弱智儿童的目的。这种问卷筛选表还有助于教师为儿童制定教学计划、培养和发展该儿童应该具备但尚未完备的技能。

（二）智力测验

对于那些被筛选出来的有问题的儿童，需要进行智力测验和适应行为测验，以确定该儿童是否属于弱智儿童。韦克斯勒儿童智力测验量表（修订版）（WISC－R）是常用的许多智力测验量表中的一种。

我国专业人员根据我国儿童的具体情况，在调查研究及科学实

验的基础上，对外国的智力测验工具进行修订，使之成为符合我国情况的智力测验工具。如我国修订的儿童韦氏智力量表（修订版）（适用于4~16岁儿童）、中国—韦氏幼儿智力量表（修订版）（适用于4~6.5岁儿童）、儿童—比奈智力量表以及适用于0~3岁的盖赛尔发育诊断量表等。不少著作对此亦有详细的介绍。在此不再赘述。

（三）适应行为测验

1. 适应行为。

适应行为又称为社会适应行为，是弱智儿童诊断标准的两个之一。适应行为是人在其生活环境中适应社会要求的能力。它是后天习得的，是可以矫正的。

将适应行为引入智力障碍定义是有积极意义的，因为适应行为是后天习得的，可以经过训练而得到矫正或改善。将适应行为引入智力障碍的定义，有助于提高特殊教育工作者的信心，克服对教育对象的悲观失望的情绪，把弱智儿童教育好。事实上，大多数弱智儿童，特别是那些程度较轻的弱智儿童，经过较长时间的教育和训练，成年以后，都能较好地适应社会和职业的要求，能积极地、比较正常地参与社会生活。

2. 适应行为量表。

对适应行为能力的测验是适用适应能力量表，并通过日常观察进行的。目前，国际上存在着数以万计的适应行为能力量表，国内也在不同程度上参考使用。比较著名的量表有：AAMD适应行为量表、瓦因兰社交成熟量表、多元文化适应行为量表、儿童适应行为目录以及其他一些量表。美国曼彻斯特大学设计的PIP发展量表（Parental involvement project），是另一个对我国有一定影响的社会适应行为量表。曼彻斯特大学曾于1987年在我国举办过该量表的讲习班，培训过来自全国数十个地区和单位的专业人员。该量表概括了0~5岁儿童正常发育标准和应具备的相应技能，适用于所有学龄前儿童，也是用于发育迟缓和有功能障碍的学龄弱智儿童。PIP发展量表共分为五个领域，每个领域又分别包括几个部分，每个部

分又由一些条目组成。这五个领域是：身体发展（移动、爬行、协调），社会发展（进食、大小便、清洗、穿衣、独立性），眼、手协调（伸展、抓握、趋向物体），游戏发展（画图、社交游戏、模仿游戏、角色游戏、图画数）和言语发展（表达语言、应用语言、模仿发音、理解和非语言交流）。PIP 发展量表的特点是便于操作，经过一定的训练以后，家长也能成功地使用该量表，在家庭情景中测查其子女的发育和技能发展状况。

（四）诊断工作注意事项

将某儿童诊断为弱智儿童是一件很严肃的事情，我们既不能漏诊，也不能将正常或基本正常的儿童诊断为弱智儿童。因此，必须保证在诊断过程中的每一个步骤都是正确的。最简单的诊断是将被试的行为与正常的同龄儿童的行为进行比较，已决定其行为是否符合大多数同龄儿童的正常标准。对于非常严重的弱智儿童来说，这种目测比较的方法基本上足够了。

但是，对于大多数弱智儿童，特别是那些程度较轻的来说，还应该采取其他方法，其中最主要的是智力测验、适应行为测验以及对儿童在普通教育情景中行为表现的观察和分析。在诊断中，应该注意：

（1）智力测验应由有资格的专业人员进行，并将测验结果与被试的个案情况、测试中的行为反应等综合考虑。测验报告不能只报告一个测验结果分数，而要比较详尽地从孩子生长发育情况、疾病情况以及在测查过程中行为情绪的表现，结合测查结果作统一分析，然后作出判断，并提出指导性意见，帮助矫治和发展。

（2）只有在对被试的适应行为作精细的个别观察，并发现有适应行为缺陷的情况下，才能将儿童诊断为弱智儿童。目前，我国已经采用的适应行为测定表包括《社会功能缺陷筛选表》、《社会功能评分表》、《社会交往测定表》和《老人社交情况问卷表》等，但是还缺少权威的、符合全国儿童实际情况的适应行为量表。1987 年全国残疾人抽样调查五类《残疾标准》中的《智力残疾标准》，也是以具体描述的方式提出了适应行为标准，而不是像智商那样，有

一个量化的标准。所以，通过面谈、向家长了解儿童社会生活能力的情况，以及通过对被试的直接观察，从而对儿童的适应行为功能水平作出比较客观的评价，在诊断过程中是至关重要的。

(3) 不能将仅仅成绩差的儿童诊断为弱智儿童。普通教师应帮助专业人员搞清儿童学习成绩差的原因。只有将教学方法不当、课程难度太高、教学进度过快和缺乏教育经验等原因排除后，才能将该儿童诊断为弱智儿童。

(4) 在对儿童进行诊断时，应设法创造一种良好的气氛，设法引起被试对测验的兴趣和信心、对试验人员的信任。不能使被试感到压抑和紧张。

(5) 把握好测试的时机。不能在儿童已经疲劳时进行测验，而应在儿童处于最佳精神状态时进行测试。

四、智力障碍的防治

随着现代医学的高速发展，人们对智力障碍的鉴别诊断手段已经得到了极大的发展。而诊断的根本目的就在于尽早对其进行矫治，从而最低程度地减少其带来的消极影响。单从这一意义上，对智力障碍的预防与矫治也就具有了它的重要性。但由于心理迟钝的很多因素是先天性的，与产前的环境有关，因此，对智力障碍的预防是主要的工作。

(一) 预防措施

如前所述，智力障碍的原因有遗传性和环境性因素两种，而预防的措施也主要针对这两个方面进行。

1. 避免消极性遗传因素的影响。

为了保障儿童身心的健康发展，预防智力障碍的发生，最重要的第一个预防步骤就是对于对智力障碍的本质进行教育。禁止近亲结婚，劝阻那些有明显遗传性疾病或严重精神病的人结婚。即使结了婚也要避免生育。

2. 改善环境因素。

环境因素包括产前因素、产中因素和产后因素。一般来说，在怀孕前应向有关机构咨询一些基因方面的信息，在产前还可进行羊水检查，并要注意定期体检；在怀孕期间的孕妇，应注意营养，多摄入蛋白质、维生素等营养含量高的食品，禁酒、禁烟，并且注意锻炼身体，注意妊娠期的生理卫生和心理卫生，提倡胎教；在生产前也应具备一些生产常识，与医生积极配合，从而使胎儿顺利出生；婴儿出生后，除了保证其充足的营养之外，还需为其提供一个健康的环境，从而使孩子能够茁壮成长起来。

（二）智力障碍矫治

智力障碍并不像感冒、麻疹、哮喘等那样的单一疾病，而是不同疾病因素所造成的后遗状态。每种单一疾病基本都有几种良药可以治疗，而对于智力障碍这样的一种复杂后遗症状，至今尚没有什么灵丹妙药。在生物发展前提先天不足或发展障碍的条件下，要促进儿童的发展，主要着眼于后天环境和教育的改进。不少家长为了治疗自己孩子的缺陷，到处奔走，希望有什么药物或治疗措施能使孩子得到补救，一般都是耗尽人力和财力，以失败而告终。这主要是因为家长们不懂得智力障碍的实质和教育的作用。教育和环境是儿童发展的决定因素。通过环境条件的改进，通过教育和训练，可以预防许多问题的发生，可以使发生的缺陷得到明显的矫正和补偿，可以使他们一点一点地“聪明起来”，使严重的状况明显改观，使轻度者学到一定的文化知识，掌握不太复杂的劳动技能，最终发展成为能够自食其力、独立生活的有用之人。

当然，这里所指的并不是一般的学校教育，而是专门为弱智儿童组织的特殊教育。弱智儿童在特殊教育的促进下所能达到的发展水平，完全取决于特殊教育方法策略的有效性，取决于能否针对这类儿童的特点，尤其是其高级神经活动的特点，开展教育和训练。要组织好弱智儿童的教育，应采取一系列的具体措施。

1. 改进家庭环境，抓好早期教育。

家庭是孩子的第一所学校，家长是儿童的第一位老师，良好的

家庭环境和教育对于弱智儿童的发展至关重要。但是，家长也最难为自己的子女办好家庭这个学校，当好他们的启蒙老师。

一般来说，儿童的身心障碍会给家长造成沉重的精神打击，使家长陷入非常复杂、痛苦的心情。在经过一番寻求治疗之后，有些家长可能感到灰心丧气、无能为力，从而放弃任何的努力，让缺陷子女放任自流、听其自然。这当然是非常有害的。

正确的态度应是面对现实，从改善子女的生活环境、加强教育训练做起。儿童的大脑活动具有极大的可塑性，没有任何东西是不变的、没有伸缩性的，只要创造了适当的条件，一切都能达到，并能向好的方向发展。同时，弱智儿童同正常儿童的差距，是随年龄增加而增加，在这个差距尚未拉开太大的幼儿时期，就应采取措施，搞好教育训练，差距就容易弥补，或者至少不在急剧扩大。这些道理应该使残疾儿童的家长和特殊教育工作者树立信心，鼓足勇气，为促进儿童的充分发展作出应有的努力。

改善弱智儿童的生活环境，首先意味着要正确地对待这类子女，创造一种良好的家庭气氛，保证儿童的基本情感需要（如：安全感、得到成人抚爱感、为同伴接纳感、成功感等）能得到满足，但也不是让他们随心所欲。既要十分体贴爱护，又不娇生惯养；既要有一定的要求，又不能过分严格。要关心和鼓励子女的每一点成绩和进步，对他们要非常耐心，避免任何恨铁不成钢的情绪。

要合理安排孩子的衣食，保证有足够的营养和合适的衣着。要使孩子有充分的睡眠及适当的户外活动，要使其生活有一定的规律，进食、休息、游戏、学习和睡眠等都应该定时定量，不能视其自然。对于弱智孩子，不仅要注意保养，不使其受冻挨饿和受到过分的刺激，而且要注意训练其体质和个性。

家长要十分注意发展和培养弱智子女的生活自立能力，形成良好的卫生习惯。不要过分地保护他们，以免养成过分的依赖性。不要到了五六岁，甚至到了七八岁时，还不让他们自己洗手洗脸、穿衣服、脱衣服等。

家长应注意孩子在认知活动和交往方面的成长，应该扩大孩子

的活动方位，增加其经历和知识。经常带他们到社会和自然界游玩参观，同他们一起看书，看电视电影，听广播，并同他们进行交谈，启发其求知欲。应适当地让孩子同街坊邻里的小朋友们接触，进行交往和游戏，这对儿童的发展具有重要作用。

在儿童入学后，应时刻关心其学习和行为表现，帮助他们克服学习上的困难，理解和掌握教师讲授知识和技能，帮助他们适应学校的生活环境和常规制度，同其他小朋友建立良好的关系和联系。

在家庭教育中，家长应该十分注意自己的言谈举止，不能因为弱智儿童不懂而对自身的所作所为有所疏忽。这类儿童和任何别的儿童一样，喜欢模仿成人，尤其是自己亲近的人们，但又往往缺少是非判断能力。因此，家长应从孩子小时候起，为他们树立一种良好的模范典范。在家长正确的行动和言语的潜移默化影响下，弱智儿童能够不知不觉地养成许多良好的行为习惯和技能，形成良好的道德风貌。

2. 办好弱智学校，搞好特殊教育。

弱智教育机构应为学生提供一种清洁卫生、优美安静、轻松愉快、紧张严肃的生活和学习环境；在教学的内容、要求、组织、方法和手段诸方面，能针对学生的特点，符合他们的特殊需要，让他们能扎扎实实地学习，生动活泼地成长。为了搞好矫正性的特殊教育，学校教师应该做到：

（1）设法解除学生的心理压力，激发他们的学习兴趣和积极性。一般来说，弱智儿童进特殊学校（班）之前，都经历过一段曲折的遭遇。他们来学校之后，必须解除他们的思想包袱，克服其自卑情绪，诱发其学习动机，改变他们对学校和学习的消极态度。这就要求教师研究它们的心理特点，了解他们的不幸和痛苦，在工作中讲究一定的策略，对他们的粗鲁和无能表现出一定的宽恕和谅解，以满腔的热情和深入的工作，关心爱护他们，帮助他们。只要这样，就能建立良好的师生关系，消除弱智学生对学校和学习的怨恨与恐惧情绪，逐步调动出他们学习的积极性。

（2）在各种各样的活动中，教育和发展弱智学生。儿童的各方

面发展是在不同的活动中进行的。弱智儿童心理发展的许多缺陷，都是同他们在活动方面的局限联系着的。学习是儿童的一种活动，课堂只不过是学习活动的一种组织形式。弱智学生在知识机能、个性特征方面的缺乏，仅靠课堂教学及校内生活是无法矫正和补偿的。弱智学校决不可将学生禁锢在课堂和校园。

首先，应该经常地组织各种各样的校外活动，把弱智学生带到大自然中，带到热气腾腾的社会生活中，使他们接受活生生的锻炼和教育，增加经历、扩大视野、丰富知识。这样不仅能为学校课堂教学提供扎实的基础，也能为儿童的心理发展提供机会和营养。

其次，校内的生活必须多样化。必须经常开展各种不同的文化娱乐和竞赛活动，而且要使每个弱智学生都参加到这类活动中去。各种各样的活动不仅可以扩大他们的经历，丰富他们的生活，而且可以发展他们的记忆、注意、想象、言语、协调性动作、文化兴趣及高级情感，提高他们的活动积极性与独立活动能力，激发他们的学习动机和自信心。同时，也只有在各种不同的活动中，才能使弱智学生养成各种好习惯，掌握各种必要的技能，逐步了解善恶是非，形成正确的道德观念，使他们整个内心世界充实起来。

(3) 发挥各门学科的矫正作用。矫正弱智儿童的缺陷，促进他们的发展，是弱智学校的一项特殊任务，应贯穿于学校的各种体育活动及各科教学的始终。不应该把矫正与发展截然分割开来。弱智学校的各门学科教学都具有丰富的矫正和发展可能性，只有把两者结合起来，使他们相辅相成，以教学促缺陷矫正和补偿，以补偿促教学，才能使弱智学校的工作获得事半功倍的效果.

第十三章　儿童少年期心理异常

大部分儿童在家长和老师的关注和适当教育下都能茁壮地成长，但是也有少数儿童因种种原因出现了身体发育缺陷、智力发展迟缓以及暂时或持久的心理障碍和行为问题。本章主要介绍儿童及青少年时期最常见的各种心理障碍，如各种行为障碍、神经症、精神病等等，讨论其临床表现、原因和预防治疗的方法与途径。

一、儿童少年期心理异常概要

儿童会因某种生理缺陷、功能障碍和各种环境刺激出现较为严重的心理活动障碍或精神病，如智力落后、孤独症或精神分裂症以及表现焦虑、抑郁、恐惧等不同的神经症反应；也可以产生严重影响健康发展的不同器官系统的躯体疾病。有些儿童在发育过程中也可能出现一些不太严重的心理或行为问题，如惧怕、口吃、遗尿症等。这种现象是暂时的，随着儿童年龄的增长，往往会逐渐消失，但如果表现严重并且持续过久，则需要特殊治疗。此外，大多数正常儿童也会因不良的环境影响而产生一些异常心理表现和行为问题，这不仅影响家庭生活安宁，也会给学校和社会带来困难。所以，对于这种儿童也应给予特别的关注。

影响儿童正常健康发展的心理障碍或行为问题是指哪些表现呢？根据1980年美国精神病学会修订的《精神障碍诊断和统计手册》(DSM－Ⅲ)，把婴儿、儿童和青春期出现的一些心理或行为障碍以及有心理或情绪因素引起的躯体疾病分类如下：

1. 智力发展障碍——智力落后。

根据儿童各年龄阶段心理发展的常模可以判断各个年龄的儿童智力发展是否正常。例如，在哪个年龄阶段，儿童应有哪些运动能

力、生活技能（如独立吃饭、穿衣和排便的技能）以及言语和与人交往的能力。智力发展迟缓或智力落后的程度虽有轻有重，但都会影响儿童的心理和行为表现。

2. 行为障碍——明显的行为问题。

(1) 伴有多动表现或不具有多动表现的注意缺陷障碍。这里仅重点介绍前者，所谓“多动症”。

(2) 行为问题。例如，说谎、欺骗行为、偷窃、横行霸道、破坏行为、对抗行为、课堂行为问题和犯罪行为。

3. 情绪障碍——惧怕。

儿童对某些事物的惧怕是十分正常的，也是暂时的，随着年龄的增长，应付环境的能力有所提高，这种惧怕表现就会逐渐消失。但是有些儿童的惧怕既持久又严重，甚至影响其正常的生活和学习。这种表现就是病态的，必须加以重视，设法矫正。

4. 心理或情绪因素引起的身体器官功能障碍和疾病。

(1) 进食障碍——神经性厌食。

(2) 言语障碍——口吃。

(3) 排便习惯障碍——遗尿症。

(4) 睡眠障碍——失眠、夜惊、梦魇、梦游。

(5) 心理运动功能障碍——晃头、吮拇指、咬指甲。

(6) 心身疾病——支气管哮喘、消化性溃疡、溃疡性结肠炎、腹痛、呕吐、心动过速、昏厥、皮肤湿疹、头痛等。

5. 学习障碍——学习不能。

这主要指儿童表现有学习困难，学校成绩大大低于同年龄儿童的平均水平。例如，9岁三年级儿童的阅读或算术成绩只有一年级的水平。这种儿童的智力并不一定都落后于正常，有的儿童在某些方面还有特殊的能力。这种儿童除了学习困难外，有的也表现出某些行为问题。

6. 精神病和神经症。

精神病和神经症都是精神功能障碍的表现，两者之区别只是障碍程度和性质的不同。例如，神经症患儿的情感和行为只是程度上

不同于正常人，他们一般能知道自己有病，也能讲出自己的体验，并能与现实保持一定联系；而精神病患儿的思维、知觉、情感或行为在性质上明显不同于正常人，相当独特和奇怪，严重脱离现实，不能应付日常生活。

这里列举常见的儿童精神病有幼儿孤独症、儿童精神分裂症和幼儿依存性精神病；儿童常见的神经症有焦虑反应、强迫反应、恐怖反应和抑郁反应。

下面具体阐述儿童少年期几种主要的心理障碍或行为问题的表现特征、产生原因以及治疗、教育和预防的方法。

二、儿童少年期行为障碍

儿童经常会出现一些程度不同的敌对行为、惹事或攻击行为（如殴打、恃强欺弱）、破坏行为或违反社会法规的行为（如偷窃、说谎、犯罪行为）。这些行为既侵犯他人的基本权利，也损害别人的利益，严重的则破坏社会秩序、影响社会治安。这些行为大部分是在不良环境教育条件下使儿童产生异常心理而形成的，应该引起家长和老师的重视，及时给予帮助。这里主要介绍儿童多动症以及说谎、欺骗、偷窃、横行霸道、破坏、对抗、课堂行为问题、犯罪行为等行为问题。

（一）儿童多动症

对儿科医生、家庭医生、神经科医生及精神科医生而言，儿童多动症是他们治疗的最多的精神障碍。此病大约发生在5%～9%的学龄儿童身上，其中至少有70%的患者病情将延续至青少年期。大约一半的儿童多动症患者在成年时仍然有症状。许多父母误把孩子的好动认为是多动症，甚至担心孩子患有难以治愈的轻度脑功能障碍，即所谓“MBD”，大小城市的精神科门诊经常门庭若市，接待许多要求诊治的“病人”。许多父母为好动的孩子是否患了“多动症”而忧心忡忡，有的为了使孩子安静、听话，任意给孩子服药，以致造成严重的后果。

儿童多动症的名称很多，其中包括儿童多动障碍、微小脑功能障碍、注意缺陷障碍、ADDH 等，其实他们基本上说的都是一回事。目前，对此病的规范称呼是：注意缺陷/多动障碍，但一般习惯称为“儿童多动症”。在美国精神病学会制定的精神障碍诊断与统计手册（第四版，简称 DSM－IV）中，对此病有明确的定义和描述。多动症又称“多动综合症”，是儿童常见的一种以行为障碍为特征的病症或综合症，所以也有人称之为“儿童多动综合症”。

1. 临床表现（特征）。

儿童多动症的特征性的症状是注意力不集中、容易分散、易冲动、经常多动，这些表现均已达到一定的严重程度，与其发育的特定年龄阶段不相适应。

活动过多 活动过多是多动症的主要特征。这种儿童在婴儿期就表现出好动、不安宁、喂食困难、老哭、难以入睡、易醒、早晨醒得特别早，有的则是睡得很死，难以唤醒。他们较早就能站立行走，老是翻弄能看到的东西，不是拆坏玩具，就是打翻碗盆。大人一不留神，他已爬到柜子上面或独自上街了。上学后儿童的多动表现更为突出。不是手敲桌子，就是跺脚或把脚在地上滑来滑去。他们不能专注于一个活动，拿了玩具玩一下就丢开，从来不能坐定看一会儿电视。在公共汽车上总是爬上爬下，不是拉窗子，就是踢椅子。在课堂里坐不住，屁股总在椅子上来回挪动，严重的则擅自离开座位在教室内走动。好与人讲话，推撞别人，惹是生非或做各种怪样。

这种儿童的多动与一般儿童的好动不同，因为他们的活动是杂乱的、缺乏组织性和目的性的。在运动场上难以看出他们与一般儿童的区别，因为他们的活动速度不快，而且身体转动也较迟钝。但在限制他活动的家里或教室中他比一般好动的孩子则明显表现出不能控制自己的活动，好像身体内有个发动机在驱使他不停地活动似的。不过，当他得到大人的个别注意时，或从事一对一的活动时，如两人下棋或对他讲故事时，他也能安静一会儿。

注意力不集中 近年来对多动症儿童的研究发现，注意力不集

中是这种儿童突出的、持久存在的表现。所以人们认为，对这种儿童诊断为“注意缺陷障碍”也许比“多动症”更为确切，因为他们经常缺乏有目的的活动，而不是活动过度.

一般来讲，在冗长乏味的事情中，幼儿精力不易集中，但是幼儿园中多动症儿童的突出表现则是他们老从一个活动转向另一个活动，拿了这个玩具还没有玩一分钟就丢下去玩别的了。小学老师经常说：“他不能专注一件事”；“他从来不能完成给他的任务或做完他已经开始做了的事”；“他记不住你对他讲的事。”母亲也说：“你对他讲话，他从来不好好听，什么也记不住，似乎什么都没有听到。”例如，老师叫他上课时别做小动作，他可以点头答应不做，但几分钟后手里又玩东西了。回家后可以按老师要求做作业，但做一会儿就干别的去了。除非父母在旁督促着他做，才能完成作业。这种儿童并不是不听话，而是在做要他做的事情中间又去干别的事了，所以他们经常表现为做事有头无尾，丢三落四。这种儿童的分心不是所有时间都出现，有时也能较好地从事一种活动；例如，在黑板上解题或从事一对一的游戏活动时，分心就不太明显了。

冲动行为　一般儿童需要一件东西时会立刻行动，他从不考虑后果．例如要喝水，见茶杯就拿，不考虑杯中的水会不会烫手。随着年龄的增长，儿童学会在行动前先想一想如何做，或者请求大人帮忙，他们会耐心等水凉了再喝。可是，多动症的儿童行动多先于思维，即他们不经考虑就行动，这就是冲动性的表现。例如，他们不会游泳就跳进游泳池；他们在街上奔跑不顾前面有没有汽车。在教室内的冲动行为是突然喊叫、离座奔跑、抢同学的东西或袭击别人等。在集体游戏时，他们难以耐心等待，如排成一队掷篮球时，还没有轮到他，他就会突然跑上前去抢球来掷。他们也经常踢玩具、破坏东西．这种行为并不都是他们恶意要破坏，而是没有考虑其行动的后果。他们的分心加上冲动性，使之往往表现出衣着不整洁、读书不专心、任务完不成、学习成绩差以及产生一些违反社会法规的行动。让这种儿童进行某种心理测验时，很容易发现他们与正常儿童的差别。例如，要求他们从一套差别不大的图片中选出一

个与一个标准图片配对时，他们不经思考地迅速从中取出一个来配对，因而往往错误百出。这就是多动症儿童冲动性的标志。

上面指出的三种特征是多动症儿童主要的和普遍的特征。为此，诊断儿童有多动症必须具有以上三种特征。此外，不良行为和学习困难也是这种儿童常见的表现。

不良行为　几乎80%的多动症儿童有各种各样不良行为的表现，如好打架、好顶嘴、不服从、倔犟、违抗、横行霸道、恃强欺弱、好发脾气、难以忍受挫折、纪律性差等。这些行为常使父母和老师感到烦恼、为难。

我们往往听到一些父母和老师说："这个孩子太倔犟、固执、不听话，从来不能从错误中吸取教训……。"其实，这种儿童的违抗行为并不是他有意识地拒绝要求他做的事，而是忘掉了对他讲的事。多动症儿童过于独立，但有时又过于依赖。例如，2岁儿童会独自外出，迷路后被人送回家时非但不因看不到大人害怕而哭泣，反而还笑，因为他们对离开父母无所谓，他们从不因为被送进幼儿园而苦恼。但另一种儿童又过于依赖，特别孩子气，需要人们的关注。他们整天嘀嘀咕咕地要这个，要那个，纠缠不休，似乎没有什么东西能使他高兴，总是满足不了他的要求。多动症幼儿往往阻止大人的活动，要求陪他玩；大些的儿童则大声说话、作怪样，逗弄别人以求取得别人的注意。

这种儿童也有情绪不稳定的时候，人们难以知道为什么他今天那么高兴，明天却不高兴。因此他的行为也难以预测。多动症儿童在喜欢的活动中表现过分激动兴奋，失去控制。例如，去百货公司这种不太能令儿童兴奋的情况下，他却欣喜若狂，乱蹦乱跳；但在挫折情况下又难以忍受，过于愤怒；事情不如他的意则发脾气，绷着脸，不高兴，有时产生攻击性的敌对行动。在疲劳或饥饿时，多动症儿童表现十分孩子气，8岁儿童的行为好像4岁孩子那样。如果他们的生活常规变了，例如把他的东西搬了地方，他就会不高兴，甚至发脾气。所以父母应了解多动症儿童这种特征，采用对待幼儿的方法来对待他们。

多动症儿童也爱惹是生非，使人讨厌。他们特别霸道，与别的孩子玩的时候总要当领导、要别人按他的想法做，不然就不干。他虽爱交朋友，但伙伴往往由于他的霸道行为而远离他。所以这种儿童经常是与幼儿一起玩，男孩则好与女孩一起玩。

学习困难　多动症儿童与智力落后并没有一定联系。有些多动症儿童在智力发展和感知能力方面存在一些障碍。如果词汇能力正常，记忆和解决问题的能力也会正常。但是，多动症儿童则不是这样。他的词汇能力可以优良，记忆能力也好，但解决问题却特别慢。例如，三年级多动症儿童的算术能力可优于五年级学生，但阅读能力却只有二年级学生的水平。为此他就难以适应一般的教学安排，对数学课的进度感到太慢，而对阅读课的进度又感到太快。因此，对于这种儿童，学校应设有特殊班级，安排特殊老师进行个别辅导。

多动症儿童的学习困难有的是由于感知障碍引起的，他们不能辨别左右或上下，例如，难以辨别汉语拼音字母 b、d、p、q；以致造成阅读困难。有的由于神经系统功能障碍产生运动协调困难，如不会用剪子、不会系鞋带、不会扣扣子，或者有写字、画图的困难；有的又手眼协调困难，如玩棒球时抓不住球等。如果多动症儿童没有上述一些感知或运动协调障碍，那么他们的学习成绩低下是注意力不集中、情绪不稳和冲动行为的结果。他们往往不注意听老师讲课，也不能耐心解题，当然成绩不好。

学习成绩差往往容易遭到老师和家长的批评："你为什么不用脑子?""为什么不完成作业?""你就是不想学，如果你想学就会学好。"这些批评又会挫伤儿童的自信心，减低他想"做好"的动机。学习上的挫折又会进一步使他产生各种破坏、捣乱行为；反过来又再激起父母和老师的批评和厌弃，形成恶性循环。

另一方面，多动和不注意也可能是一种回避学习的反应。儿童由于学习不好再三受到批评和惩罚后，会看到书本就焦虑。为了减轻焦虑，他们就把书本丢开，对上课不发生兴趣而四处张望或惹是生非。所以，老师和父母应正确认识某些儿童学习成绩差的原因，

及时给予诊治和耐心帮助。

2. 引起多动症的原因。

先天体质缺陷 大部分多动症儿童都有不同程度的先天体质缺陷。对婴儿的研究发现，有先天体质缺陷的婴儿早期就表现有一些行为问题，如喂食困难、多动或睡眠不佳等。这种先天体质缺陷可能由染色体异常或父母的精神病等遗传因素引起，也可能由母亲妊娠和分娩障碍引起。例如，母亲妊娠时的精神紧张可能改变她体内某种生化过程，影响胎儿的正常发育，特别是脑功能的发育；还有如母亲怀孕时遇到煤气中毒；婴儿早产、产伤或出生时缺氧等等都可能不同程度地影响婴儿的脑功能，导致多动症。动物研究发现，出生时窒息 15 分钟的猴子，往往表现有多动症儿童的症象。

铅中毒 研究发现，几乎一半以上的多动症儿童的血中含铅量都较高。这种儿童大多数住在交通拥挤的大城市，汽车的汽油燃烧时，化合物中的铅会挥发成气体进入空气中，使儿童大量吸入体内。血中铅含量的增高与认知、言语、感知障碍有一定关系，所以铅中毒可能是多动症的原因之一。

食物过敏 有人认为，多动症是由于儿童对某种食品，如水杨酸酯或某种调味品的过敏引起的，因为当不用这种食品后，儿童的多动和注意力有明显改善。

放射作用 电视和荧光灯的小量放射作用与多动症有关。有研究发现，教室的荧光灯上备有防护放射的装置，可使一年级学生的多动症行为减少。从环境各个方面来的微量放射作用，都可通过眼睛视网膜的下丘脑通道起着致病的作用。

轻度身体器官异常 有人进行长期观察发现，先天性器官异常，例如，耳朵不对称、大小不等或形状异常，第 5 个手指弯曲，第 3 个脚趾比第 2 个脚趾长以及第 1 与第 2 个脚趾间有较大缝隙等，与多动症的产生有一定关系。多动症的男孩比一般男孩多见这种异常。有这种器官异常的幼儿在 3 岁时就表现有明显的行为问题，如好哭、易于激动、坐立不安、对环境适应差等。有人认为，这种身体器官的异常可作为预测发生多动症的一种标志。

心理的紧张刺激　有人认为，多动症是不安环境引起精神高度紧张的结果。据调查发现，多动症儿童的父母经常干涉儿童的活动，如这个能做，那个不能做；在儿童做错事时多用批评指责，甚至体罚。由此引起的焦虑会使儿童发生分心、冲动和多动表现。如果设法减轻他的焦虑，这些表现则会改善。有人对生长在经济和教育条件差以及亲子关系不良的家庭和生长在充满感情的安宁家庭中受过产伤的儿童进行比较，前者多有以学习困难为主的多动症表现。由此可见，紧张环境也可能是引发多动症的原因之一。

3 治疗。

（1）药物治疗。

多动症儿童的行为问题若是由先天体质缺陷引起的，则应首先采用药物来治疗。一般来讲，当前治疗多动症的药物疗效显著，很少有危险。而且治疗只需一段时间，不必像癫痫或糖尿病那样终身用药。常用的药物有以下几种：

兴奋剂　如右旋苯异丙胺和利他林。这些药物几乎对三分之二的多动症儿童有效。如果一种药物效果不大或产生副作用，则可试换另一种。儿童在用药 1～2 周后，一般会表现安静，不怎么好动，注意力较集中，能听从大人对他的要求并遵照行动，易于接受管理。有的儿童在用药不久后，多动和激动的表现可能会加重，但继续用药症状即可改善。右旋苯异丙胺的剂量为：每天5～60 毫克，利他林则为 10～120 毫克，可分两或三次服用。父母必须注意药效的长短（例如右旋苯异丙胺的药效为 3～6 小时，利他林的药效则为 3～4 小时），然后根据药效的长短分配时间给药。例如孩子上学的话，则在早饭和午饭时给药，以免他在课堂上产生行为问题；如果晚上要带孩子出去，下午则可加一次药。这种药物的副作用有食欲不佳、体重减轻、睡眠障碍等。因此傍晚时尽量不给药，以免孩子晚间不睡觉。

安定剂（如氯丙嗪和硫利达嗪）　当兴奋剂治疗无效时可采用上述安定剂。氯丙嗪的剂量为：每天 30～600 毫克，可按儿童的个别情况定量，开始用小剂量，然后逐渐加量。如药物作用不长可

每天给药一次；如果每天给药一次，则在儿童上床前 1～2 小时内给药，因为儿童晚间睡觉好了，白天就不易瞌睡。这种药物在服药几周后才能有明显效果，如儿童表现安静，易于管理。服药几周后几个月内也可能产生过敏的副作用，例如对太阳过敏出现皮疹，为此尽量让孩子穿长袖衣服或避免晒太阳。

大量服用维生素　这对改善多动症儿童的行为也有一定效果。必须指出，每个儿童对药物的反应各有不同，这种药对这个儿童有效，而对另一儿童则无效，所以用药必须有一段试用过程，一般药物需在体内叠积一段时间，也许是几周，才能产生效果。用药初期也许症状会加剧，但不能因此而停药。有些药物在个别儿童身上会引起某种副作用：如皮疹，因白血球减少导致各种感染（如高烧、喉痛），胃痛或发育迟缓等，出现这些现象应及时找医生诊治。也应强调，药物治疗必须谨慎小心，随时监察，因人而异，避免滥用。临床研究表明，不是书本上规定的剂量对所有多动症儿童都有显著疗效，有时相当小的剂量反而疗效更佳。此外，不要对有多动表现的儿童都采用利他林药物治疗，用药之前必须了解儿童个人和家庭病史，并给他进行详细的生理和神经系统检查，找出产生多动表现的真正原因。如果真正原因不明确，长期服用利他林是有害无益的。因为对于抑制活动过度的药物只能对多动这样的症状有效，而对其他疾病无效。这样，只能会耽误治疗引起多动表现的真正疾病，造成不可弥补的损失。如由于器官异常、缺钙或者其他食物中毒、大脑两半球功能的冲突等原因引起的多动就不能用利他林，而应该对症用药。

（2）饮食治疗。

在儿童的食物中尽量避免某种人工色素调味品、防腐剂和水杨酸酯等，这样做是有益无害的。有研究指出，在儿童饮食中增加含有咖啡因的食物，结合兴奋剂的药物治疗，可以增加疗效。

（3）行为治疗。

根据我国目前的情况来说，利他林是广泛使用治疗多动症的药物。尽管临床证据表明，这种药物对改善外部行为，如减少活动或

增强注意力有较好效果，但他并不能改进患儿的学习能力和社会适应能力，而且长期过量服用会产生不良效果，如使体重减轻或抑制儿童身体正常的发育。采用行为治疗或者以此结合药物治疗，对培养患儿的良好行为，提高学习成绩有较好效果。行为治疗或行为指导主要是训练儿童采用较合适的认知活动改善注意力，克服分心；其次是通过安排好了的一定训练程序，可以减少儿童的过多活动和不良行为。此外，行为指导还可帮助儿童培养自我控制能力，集中注意，较好的完成学校作业

（二）欺骗行为

儿童有时会表现出一种欺骗行为，这种行为并不都是坏的，有时是符合逻辑的。例如，孩子们在某家房屋周围玩，那家主人不让他们在那里玩，赶他们走开，孩子们会设法在另一处不让那主人注意到，而他们继续在那里玩。这种欺骗行为是健康的，可以不加注意，不过鼓励这种行为是不对的，因为孩子会感到你是宽恕一切欺骗行为，由此发展成严重问题。但是把偶然产生的小小欺骗行为当做严重问题来处理，也会挫伤孩子的自尊心，这也是不好的。

如果孩子在学校考试时经常作弊，或是玩游戏计分时也作假等，这种欺骗行为必须加以注意并及时纠正。不想干家务劳动的孩子有时会欺骗父母他已完成了任务或学校有事他不能干家务，这种行为的产生主要由于他讨厌做繁重的家务，或是认为要他做家务劳动是不公平的，所以他就动脑筋设法来回避这种工作。一旦他哄骗父母成功了，他就学会用欺骗手段来混日子，以致形成严重的行为问题。

父母或老师发现孩子有欺骗行为时，应耐心了解他产生欺骗行为的原因，热情鼓励他改正这种缺点。例如，对考试作弊的孩子指出，考试不及格并不是可怕的事，不及格并不表明它是愚笨无用的人，一个人难免会犯错误，如果他考试不再作弊，而是努力学习，还是能取得良好成绩的。另一方面，当发现孩子有欺骗行为时，不要大惊小怪地当众揭发他、批评他，而是把他叫到一边，单独与他谈话，让他自己认识错误，承认错误，下决心改正。此外，也不要

告诉可能惩罚他的老师或父母，以免他把你当做敌人，不信任你。要知道有些孩子产生这种欺骗行为的主要原因是害怕自己做不好而被人贬低，所以当众批评或以留级处分来贬低他，这会更加强其欺骗行为。如果孩子的欺骗行为十分持久而严重，采用鼓励说服方法无效时，也可处罚。

（三）偷窃

儿童的某种“偷窃”行为不一定是病态反应。例如，儿童饿了，父母不给吃，他就自己拿来吃，事后父母却责怪他是“偷”，因为他事先没有征得父母的同意。还有一种儿童被教唆犯或流氓拉去，他们经常谈论或从事偷窃活动。在这种情况下，儿童认为这种行为是正常的，因为大伙儿都这样干，如果他不这样干，反而会被他们谴责或驱逐。也有一种情况，父母往往不在意地把钱乱放，但儿童发现未征得父母同意就拿了钱去买他喜欢的东西，事后并没有受到谴责。他就认为这是允许的行为，并不是偷窃的行为，以致逐渐发展到任意拿别人的东西。

因此，父母或老师应正确看待儿童的偷窃行为，哪些是偷，哪些不是偷；儿童是否认识自己的行为是偷窃行为，或者认为是被允许的正常行为。如果儿童的偷窃行为经常而持久地发生，或者是这种行为掩盖了他某些消极的情绪，这就应考虑到这是病态的或有问题的行为，应及时加以注意并矫正之。

在教育和矫正孩子的偷窃行为之前，必须深入细致地了解儿童发生偷窃行为的原因，针对这些原因加以教育才能收到一定效果。儿童的偷窃行为有以下一些原因：

1. 作为自我吹嘘的手段。

有的儿童错误地认为，自己拿走别人的东西而不被发现，这是“英雄”行为，显示自己“多聪明”、“多能干”；有时他用赃物送给同伴，换取他们的感情，表示他对朋友“友好”。

2. 取得别人的注意。

我们经常听到一些有严重偷窃行为的儿童出生于十分富裕的家庭或者父母是高级知识分子。这种儿童的偷窃行为并不是真正需要

某件东西，而是通过偷窃行为求得别人的注意。

3. 不公平感觉的结果。

有的偷窃行为是由于孩子受到不公平的待遇引起反抗的表现。譬如两位儿童因抢一件玩具发生了争吵，这时若老师袒护地把玩具给了她喜欢的儿童，而对不喜欢的儿童给予批评；这样一来就会让后者感到不公平而产生反抗，把这个玩具拿回家去作为已有。

如何帮助教育有偷窃行为的儿童？父母和老师首先要给儿童指出偷窃是损害别人利益的错误行为。当发现儿童有偷窃行为时，不要严厉谴责惩罚他，而要鼓励他认识自己的行为不好，是得不偿失的，应努力克服纠正；只要他以后不再偷，大家都会信任他，喜欢他。然后，父母和老师应耐心找他谈话，了解他为什么拿人家的东西？针对问题进行教育。应该耐心教育孩子，任何一个人不可能得到自己希望的一切事物，日常生活中谁都会遇到挫折。当你喜欢做一件事（如看电视）的时候，必须放弃另一件事（如看小说）。明确指出，他并不是世界上惟一不能满足愿望的人。此外，父母和老师应注意自己的言行和态度，平等对待儿童，尽量避免挫伤儿童的自尊心，导致不良行为。当你发现儿童有偷窃行为时，只是粗暴地辱骂他或严厉地惩罚他，或者限制他一切行动，冷淡、厌弃他，不去细致地了解他之所以产生偷窃行为的内在理由，那么，他也会采取另外的不良行为，如欺侮别的孩子，在教室内出洋相或做出各种令人讨厌的行动，以求获得人们的注意。有时严厉惩罚可能会使儿童的偷窃行为消失，但引起偷窃行为的某种因素（如要求人们注意的问题）仍然存在，儿童就可能产生别的行为问题。

（四）横行霸道与破坏行为

横行霸道、恃强欺弱、想当"小皇帝"的行为，常见于父母过分溺爱、百依百顺的儿童，特别是男孩；也见于幼年缺乏父母的感情和关注的儿童；或者自己感到懦弱的儿童。儿童的横行霸道行为主要是由环境因素逐渐培养形成的。如：自以为是，以自我为中心，处处要求别人按自己的意图行事。这种性格，是当前我国独生子女儿童的特点。横行霸道行为是在生活经验中学来的。

有些儿童的行为，表面上看来是破坏性的，但分析其目的则是健康性的，是健康的行为。例如，幼儿园的儿童有时把玩具拆开，想了解汽车怎么会走？儿童就是通过这种“破坏性”行为来认识事物，增进知识的。也有一种所谓“破坏行为”是由于孩子较小，缺乏所有权的概念，尚未形成爱护别人东西的社会态度而产生的。例如，有的儿童把妹妹的娃娃当做皮球不断掷到墙上，当娃娃碰到墙上发出哭声时，他感到有趣、好玩，以致损坏了娃娃。如果儿童经常在墙壁上划字、用弹弓打破邻居的玻璃窗、摘掉公共场所的灯泡以及损坏他人财物，这些都是行为问题。

儿童出现破坏行为的原因有以下几种：

①由敌对情绪引起的报复。当儿童受到欺负或讥笑时，他们不是光明正大地进行说理斗争，而是采取偷偷摸摸或阴险的破坏行为来报复。

②发泄不愉快的情绪。当儿童受到挫折处于极度烦恼不愉快时，他也可能通过破坏行为来发泄怒气，使自己感到愉快，这种情绪就进而强化了他的破坏行为。

③在别人面前炫耀自己“能干”。有种儿童错误地认为，没有比打碎玻璃、损坏家具或从事某种戏剧性的破坏活动更能表示自己“强大”，是“英雄”。

如何帮助教育有破坏行为的儿童呢？

对于有破坏行为的儿童，首先要找出他产生这种行为的根源，热情耐心地与他谈话，了解他的问题，然后进行教育；不要发现他有破坏行为即刻给予严厉的批评和惩罚。帮助儿童懂得把自己的体力施于周围客体加以破坏，并不能表示自己强大，也不能补偿自己懦弱的感觉；只有经常做有利于集体、有利于社会的好事，才能使大家感到他真正“伟大”。

要让那些企图通过破坏行动来发泄怒气的儿童知道，认为老师或父母给他种种限制是不能忍受的，因而企图用破坏行为来对抗之，这种思想是不正确的。重要的是要引导儿童自己思考问题，让他分析自己的所作所为对集体、对社会有什么影响，对自己有没有

好处，同时给他指出建设性行为的好处，与人们合作而不是破坏，更能赢得人们的欢迎和支持，而不会受到限制或孤立。总之，只要我们热情、耐心地鼓励、引导和帮助这种儿童，他们会认识自己的错误行为并加以克服的。要相信儿童有分辨是非的能力，有改正错误的愿望，让他们有思考的过程。尽量减少压制和惩罚，以免他们破罐破摔发展成为更为严重的行为问题。

（五）犯罪行为

儿童的犯罪行为也是病态心理或行为障碍的表现，主要指超出法规、严重危害社会治安的行为，如公开说谎、偷窃、损害他人利益或公共财物、结伙抢劫、为非作歹、乱搞男女关系、杀人等。犯罪儿童是否是正常的儿童？在少数情况下是如此的，他们的智力正常、情绪稳定，他们是环境的牺牲品，是在不良环境教育下发展成罪犯的。从检查大部分被监禁的儿童或少年的结果来看，他们都有不同程度的精神异常或病态人格，他们的犯罪行为至少是边缘的精神病态行为。这种少年犯一般是特别低估自己，认为自己学习差、无能力，不能与人竞争取胜，不能被社会接受，对社会是无价值的；有的则是要求得到人们的注意，渴望寻找刺激。因此他们喝酒、抽烟、吸毒、赌博、乱搞男女关系，使自己兴奋，得到“生活乐趣”；或者通过超越法规的不平常行动引起人们对自己的注意，即使受到惩罚，也满足了自己的需求。

关于犯罪行为的原因，有人认为是生物因素引起的，因为有些犯罪儿童有染色体异常或脑电图的异常；此外，智力落后者也多见有犯罪行为。但是，大部分犯罪行为是由心理、社会因素引起的。

既然儿童的犯罪行为主要是从环境中学来的，那么对他们的帮助应着重于环境的改善，也就是要减少引起儿童产生犯罪行为的不良环境。此外，社区或街道的退休人员可把有问题的儿童组织起来，安排他们参加一些有意义的集体活动：如参观展览、工厂和名胜古迹等。对于问题严重，需要在特殊机构进行劳动教养的儿童，可采用根据学习理论设计的行为矫正法。对儿童好的行为表现，如能按时上课或劳动、爱惜衣物、与同伴合作、为集体做好事或者在

一定时间内不说谎、不打架等，可计分奖励；然后以数日不等的分换取某种权利。如上街购物、得到附加的事物、给家里打电话或月末回家探亲等。反之，如儿童有不良行为表现，如殴打、说谎、偷窃、破坏公共财物、不好好学习和劳动，则以隔离或暂停一切活动作为惩罚。

三、儿童少年期神经症

神经症是一种不如精神病严重的精神障碍。它之所以区别于精神病是因为病人的情感和行为只是程度上不同于正常人，而不是性质上不同于正常人。这种病人一般能知道自己是病态，并能与现实保持一定联系，他们没有精神病患者表现的那种脱离现实的奇特行为和思维障碍。儿童神经症也不多见，根据临床症状的表现可分为焦虑反应、强迫反应、恐惧反应和抑郁反应等。

（一）焦虑反应

儿童焦虑障碍的发病原因及对孩子的影响各不相同，但他们之间有一点是共同的：即他们都表现出焦虑程度过高，过度担忧或神经质。患有焦虑障碍的儿童不仅仅是“自寻烦恼”。他们所表现出的焦虑程度不但与他们特定的年龄阶段或发育水平不相称，而且与当时所处环境也不成比例。焦虑症状往往成弥漫性，即影响到患者生活的各个方面。这种症状对孩子的日常生活会产生严重的影响。孩子不仅为此而深深遭受躯体症状及心理的折磨，他们还得花大量的时间去躲避可能引起焦虑的环境——虽然他们往往并不知道是怎么回事。无疑，这种症状会对患者的社会功能产生深远的影响。比如，许多孩子因此拒绝上学，避免与其他孩子一起玩耍，或不能在众人面前讲话等。

从本质上说，焦虑症状是内在症状。如果我们把这些问题看成是耻辱，或认为是胆小、软弱、害怕，那么很多孩子就不会向大人叙说这些症状。因此，一定要非常敏锐地注意孩子的一言一行。如果通过自己的观察，怀疑孩子有焦虑障碍，你可以直接问他（她）

是否感到担心、是否有些紧张，或者是不是近来感觉不太好，但不知道是什么原因。

1. 临床表现。

(1) 分离性焦虑。

分离性焦虑是儿童期最常见的精神障碍之一，其特征是当他们离开照顾自己的父母或他人或者是熟悉的环境时，表现出过度的焦虑。对于年纪较小的孩子而言，一定程度的分离性焦虑是正常心理的表现，但如果这种情况继续存在，比如说一直持续到上小学的时候，那就可能属于异常情况——焦虑反应。比如，对于蹒跚学步的孩子来说，当家长把他们交给保姆的时候，他们往往会抱着父母不放手，或围着父母转圈，就是不愿到保姆那里。稍有常识的人对此都不会陌生，这种情况也完全正常。但是，如果一个七八岁的孩子还是这样，那就应该考虑属于异常情况。显而易见，这种情况会对患者的日常生活产生不良影响。孩子可能因此而拒绝上学，或者一到学校就出现胃痛、头痛等症状，迫使他们不得不回家。如果要是询问他们为什么这样，这些孩子常常会说，他们主要是害怕自己不在家的时候，父母或兄弟姐妹们会出事儿。

(2) 广泛性焦虑。

7岁的麦克尔总是不断地担心自己在学校的学习成绩不好，尤其是在各种考试之前，他更是紧张得不得了。他常常说自己的胃痛，因此到儿科医生处看病，但详细检查未发现明确的原因。迈克尔在诊室中称自己"心里不好受"，并注意到自己"老是担心"，但他说自己从来没有过惊恐发作的情况。迈克尔是典型的广泛性焦虑的例子。

对一些小事或作业问题过度担心，过分在意别人对自己的看法，并非有完美注意心理的儿童很可能患有广泛性焦虑障碍。他们常常说自己心里很不踏实，紧张不安。他们常常为即将到来的测验或考试寝食不安。此外，他们还常有各种躯体方面的症状，包括胃痛、腹泻、头痛、肌肉紧张，且由于这些症状，他们往往是儿科医生或校医务室的常客。

(3) 社交恐怖症。

社交恐怖症不仅影响儿童、青少年，而且也影响成年人，主要的表现是害怕在社交场合中受到羞辱、丢面子。患有社交恐怖症的孩子往往难以与他人交谈，或者无法在其他孩子或成人面前讲话，因为他们害怕自己讲话不得体，害怕难为情。以往，社交恐怖症大多不受重视，很少得到治疗，这是因为很多人认为这种情况算不了什么，无须进行治疗。其实，这是错误的。严重的社交恐怖症会对患者的日常生活产生非常明显的影响，使他们无法在同伴面前讲话，即使是在少数人聚会的时候也是如此。最起码社交恐怖症会使一些孩子不敢在小组讨论中发言，也不敢在全班或全校的会议上讲话，因此，遇到这种时候，他们就会选择逃学或找出种种借口不上学。

儿童期的焦虑障碍相当常见，据估计，对于 11 岁的孩子而言，约 4%有分离性焦虑障碍，2%患有单纯恐怖症。对于 14 ~ 16 岁的青少年而言，5%患有各种恐怖症。所谓恐怖是指有明确对象的恐怖，患者因此而尽可能回避有可能产生恐惧感的环境。比如，有的害怕蛇，因而不敢到草丛中去。所谓单纯恐怖是指害怕的对象比较单一，且对所惧怕的对象采取回避行为的恐怖症，如蜘蛛恐怖症、高空恐怖症（恐高症）、尖锐恐怖症等。

有资料显示，一些在年龄较小的孩子中出现的胆小、害羞的特征，可能会延续到青春期，甚至到成年期。然而，许多因焦虑障碍前来求治的成年人称自己的问题从青春期后就已经开始。

在诊断时，最重要的一条就是考察患者是否还有其他相伴随的疾病，如是否有儿童多动症。有研究发现，小时候比较胆小、羞怯的孩子，长大后出现物质滥用（包括吸烟、酗酒、吸毒等）的危险较小，而在青春期具有焦虑障碍者出现物质滥用的危险增加。

2. 治疗与处理。

研究显示，无论是心理治疗还是药物治疗都可以有效地治疗焦虑障碍。比如，行为矫正技术及放松疗法可有助于缓解焦虑，从而减少与焦虑相关的回避行为。关于药物治疗问题，虽然针对儿童及

青少年的研究相对较少，但临床上发现，他们对药物治疗的效果与成年人同样有效。一般首选的药物包括安定、利眠宁或多虑平等抗焦虑药。几乎所有的抗焦虑药对于典型的焦虑障碍均有效。

（二）强迫反应

据估计，大约 1% ~ 2% 的人患有强迫症，且一般人相信，此病于童年或青少年时期起病。强迫症患者的强迫症状可以大致分为强迫观念和强迫行为两类。患者常常有持续存在的观念或冲动（强迫观念），并因而导致出现重复性的、有目的的行为（强迫行为）。

强迫症状具有如下特点：①症状反复、持续出现，患者完全能够觉察；②症状非外力所致，但又违反孩子的意愿；③症状往往令自己内心焦虑、痛苦；④患者明知症状表现是不应该、不合理、不必要或无意义，但难以摆脱。

强迫观念是本症的核心症状，最为常见。许多患者具有强迫性怀疑，怀疑不清洁或被污染，或是担心有些事情没有做好，常反复多次进行检查。还有的患者强迫性地要求东西对称，或强迫性地害怕自己有暴力冲动，或怀疑自己有性变态。

强迫症状也可以表现为情绪方面，主要为强迫性恐惧，患者害怕自己会失去控制、会发疯，会做出违反社会规范甚至是伤天害理的事。

强迫冲动是一种即将要行动起来的冲动感。这类冲动常常是伤害性的，如杀人、砸碎玻璃、跳过飞驶的汽车，或是非常不合时宜的，如在大庭广众之下脱衣服等。

患者的强迫行为是继发的，例如最常见的因怀疑被污染而一天数十次洗手。随着疾病的发展，疾病会影响患者的行动效率。有些患者的症状比较离奇古怪，甚者被误诊为精神分裂症。

在临床上，还有一种比较少见的与强迫症有关的问题是拔毛癖，主要表现为强迫性拔自己的毛发。患者不但拔头发，而且有可能拔自己的眉毛，甚至是宠物或玩具动物的皮毛。严重者将自己的头发拔得差不多了，形成秃顶，需要戴上帽子掩饰自己。许多孩子自己也意识到自己的强迫观念或强迫行为，且他们也并不喜欢。但

如果大人真的阻止，那么往往会令他们非常焦虑不安。最近的一些研究显示，强迫症与中枢神经系统中的5-羟色胺关系密切，尤其是在额叶皮层中。

对于强迫症而言，行为治疗是心理治疗中惟一有效的治疗方法，且常常与药物治疗合用。在药物治疗方面，最为有效的治疗是能够增加脑内5-羟色胺水平的抗抑郁剂，这些药物能够有效地控制强迫症的许多症状。这些药物大多得到了充分的研究，不过迄今为止只有氯丙米嗪、舍曲林（左洛复）及夫妇沙名被美国食品及药物管理局批准可以用于儿童及青少年严重强迫症的治疗。此外，其他一些新药物如百忧解、帕罗希汀等也有人进行尝试。研究显示，在治疗儿童及青少年强迫症时，要想获得较好的疗效往往需要较高剂量。

此外，还有一种名为西酞普兰的新药，它已在欧洲使用了10年，但在美国刚刚上市，有研究显示，它对强迫症也有一定效果。

但对拔毛癖来说，医生往往也会使用同样的药物。但是别对治疗期望太高。一些资料显示，这种病对治疗仅有部分效果，尤其是对拔毛癖开始于青春期以前者更是如此。

（三）恐怖反应

这是指外界的刺激并不一定能引起一般的惊恐反应而儿童却出现了极度的恐惧。这种恐怖反应也具有强迫性，而儿童不能解释为什么恐惧，也不能摆脱或控制它。为了回避怕惧的情景，儿童也会产生一些不符合现实的行为。例如，他为了避免因看到狗或听到狗叫声产生恐惧和焦虑，他可以足不出户，既不上学，也不与人交往。

儿童常见的恐怖反应有学校恐怖。这是由一些特殊事件（如转学、调换班级、久病后上学、父母病重或丧亡等）引起的严重焦虑突然产生的一种怕惧学校的反应，往往还伴有颤抖、换气过度、腹泻、恶心、头痛和睡眠障碍。长期的学校恐怖将严重影响儿童获得知识和社会适应能力。

这种神经症反应常见于小学四五年级的儿童，女孩比男孩多

见，他们一般无智力缺陷和违反社会法规的行为。这种儿童的母亲过于溺爱和袒护孩子，一直形成儿童的依赖性和难以离开母亲。有些父母本人就有各种怕惧反应，这给儿童提供了模仿以及经常强化怕惧行为的机会。

（四）抑郁反应

这种神经症反应的主要症状是情绪低落，对环境事物和活动失去兴趣，食欲不振，睡眠不佳，不是激动、躁动，就是呆板少动，注意力不集中，四肢无力，疲乏，有自卑和自罪感，回避与人接触。由于孩子小不能表达自己的情感和体验，所以这种精神病状态一时难以被大人发现。

常见的儿童抑郁反应有幼儿情感依恋性抑郁症。这是幼儿突然离开母亲或哺育他的人时所产生的一种躯体障碍和精神障碍。开始时幼儿大哭，能说话的儿童则哀求大人抱或不离开他，表现出激动不安；以后则脸色苍白，睁眼呆坐，面无表情；或者表现抑郁沮丧，呜呼啜泣而不是大哭，他们对周围发生的事情毫无表情和反应，睡眠和食欲不佳，大便次数增多，体重减轻等。大部分幼儿在发病后几周即能恢复正常，特别是当幼儿回到哺育他的人身边，症状即可消失。

一般来讲，儿童精神病的预后都不怎么好，当前还没有一种治疗方法有特殊的抗精神病效果。所以，开展儿童心理卫生的教育，预防儿童发生精神病或神经症最为重要；如果父母能及时发现儿童的精神异常，则应即刻请精神科医生检查诊断，及早治疗，一般预后会好些。

四、儿童少年期精神病

儿童精神病是指严重的精神障碍或病态心理状态，主要表现为思维、知觉和情感的障碍，与人的关系不正常以及不适当的行为表现。儿童患精神病的并不多见，一般 10 万人中有近 6 人。

(一) 儿童精神分裂症

儿童精神分裂症病不多见，10 万儿童中仅有三四人患这种病，男孩多于女孩。这种精神病是在儿童的正常心理发展后一段时间才出现的，多发生在 2～11 岁之间。

这种儿童自幼的健康状态就不佳，如脸色苍白、手脚不灵活、动作笨拙、神经系统功能缺陷、脑电图异常或智力低于正常等。家族中多见有精神病患者，有的家庭关系不好，经常给儿童紧张的精神刺激。所以，儿童精神分裂症主要在神经系统或先天脆弱性的基础上加上后天环境的紧张刺激造成的。

儿童精神分裂症的特征是：儿童情感淡漠，对环境不感兴趣，很少与人交往或玩弄客体；行为奇特，与现实不符，如刻板或重复地摇摆身体，摆成固定姿势不动以及作怪脸等；不知道时间和地点，如不能回答今天是星期几或者是什么地方，有明显的幻听或幻视，也有妄想；有时沉默寡言，有时出现持续言语，言语多不连贯而且内容紊乱，令人费解；时而出现激动情绪，如生气，由此产生伤亡或攻击周围人们的行动。

这种精神病的预后不佳，只有三分之一的患儿经过治疗能有适当的社会适应，而几乎三分之二患儿的症状不见改善。

(二) 幼儿依存性精神病

这是指幼儿离开母亲后出现的一种过于焦虑和惊恐的精神障碍。

一般来讲，2 岁前幼儿与母亲都有亲密难分的依存关系，一旦离开母亲都会产生某种程度的焦虑和惊恐反应。当孩子自己长大能独立行动并能够对外界发生兴趣时，他们就不那么依恋母亲了。但是 2.5～5 岁的儿童中，有的由于弟妹出世、独立生活训练、去托儿所或幼儿园的情况下，必须离开母亲而表现出严重的激动和惊恐，这是因为他们除了母亲以外不能与任何人建立感情关系。他们对外界新奇事物缺乏兴趣，极少有探险行为，整天呆在家里，周旋在母亲身旁。严重的还出现不连贯的和奇怪的思想，也有喂食和排便习惯障碍和睡眠障碍。这些病态心理的表现，在 5 岁前是难以被

人们注意或认为是问题的，因为人们总认为孩子还小，但是任其发展下去就可能出现类似孤独症的症状。

这种患儿的母亲在一定程度上也有病态心理，他们与孩子有那种“相依为命”，把自己的情感和注意力完全贯注于孩子身上，使孩子早年就形成了难以与母分离的特征。

（三）儿童自闭症

1943 年，美国的 Kanner. L 教授第一次提出了“自闭症”诊断概念，这个概念，是和其他小儿精神病诊断概念一起经过长期的比较区分后得出的，成为目前世界各国研究者共同使用的诊断名称。也有的称为婴幼儿孤独症。其基本的病理特征表现在：儿童显示出一种自我封闭，形式奇特的固执倾向；此外他们的语言发展具有障碍，活动千篇一律，对感觉刺激不能作出适当的反应，对于习惯事物的变化产生强烈的心理抵抗感，智能发展不平衡，有“孤岛”现象（即某一个方面的智能，如暗记力等特别优秀）。美国的《精神障碍诊断和统计手册（DSM - IV）》等国际精神、心理诊断资料中，明确地将自闭症定义为小儿“广泛性发展障碍”。

自闭症的发生率大约是 1 万人中 4 ~ 10 人。自闭症的发生存在性别差异，男性显著高于女性。自闭症发生的男女比率为 2:1 ~ 3:1，自闭症的性别比率又与能力水平有关系，女性集中在低能力群，而男性集中在高能力群，因此在高能力群男女比率甚至达到 5:1。自闭症一般伴随着智力障碍，一些调查研究报告了自闭症群体中大约四分之三的人伴有智力障碍，G. I. Goldstein&D. F. Lancy 于 1985 年指出自闭症儿童的平均智商是 50，但其分布与正常儿童一样呈现出正态分布。可见，自闭症一般伴随着智力障碍，但是其中也有智力水平高的人。

1. 自闭症的症状特征与诊断标准。

第一，自闭症的发症是在人生的早期，而且必须是在 3 岁以前开始的。这方面最著名的代表是 Rutter. M（1985 年），他强调自闭症的诊断必须以发症年龄为标准。Rutter 将幼儿自闭症和小儿分裂症两组进行实验对照，并对 2 岁以前的发症和 8 岁以后的发症情况

进行比较，发现小儿分裂症伴随着妄想和幻想，但幼儿自闭症在其发展过程中没发现这种情况，与后天的器质性精神病性质完全不同。因此 Rutter 甚至主张 2 岁以前发症的，才是真正的自闭症儿童的特征表现。

第二，自闭症儿童在社会性、人际关系上存在着严重的障碍。例如与他人视线不能合拢，躲避他人的注意或接触，与父母及同年级的孩子不能协调交流活动，在社会生活中呈现种种行为异常的问题。

第三，自闭症儿童在语言发展和思想交流上存在着障碍。这种障碍几乎覆盖了所有的自闭症儿童。

第四，行为刻板固执，宛如奇特的、强迫性的仪式一样，不可改变。如果这种行为受到阻止，自闭症儿童就会显示出极大的混乱和愤怒的倾向。这种特征表现在自闭症儿童的整个身心发展过程中，例如在初期阶段，用手或手指反复摆弄同一个物体等，发展到较高阶段，表现为走路用同一步幅，路线固定刻板，玩具要按一定顺序摆列，如果这种顺序被打乱，他们的情绪马上会变得暴躁不安等，这些奇妙的行为，随着自闭症儿童的成长多少有些改善，但大多数孩子不可能有较大的改观。

根据一些行为特征诊断自闭症时，不可忽视的问题是这些行为特征是不是偶然地同时发生在某一个体身上，即自闭症是不是一种症候群。对这一问题，Wing&Gould 于 1979 年在伦敦南部的 Camberwell 地区以 15 岁以下的所有居民为被试进行了大范围的基础性研究。他们得出结论指出："具有社会性障碍的儿童全部表现出反复性的刻板行为，且几乎所有的儿童在言语和象征活动上表现出异常或欠缺。可以说，我们的研究表明了这些障碍发生在一起的倾向非常明显。" A. Shah 等人（1982 年）对人的调查结果也支持了社会化障碍、交流障碍与想象障碍之间存在密切联系，既不是偶然地发生在一起的结论。自闭症的三个主要障碍是我们认识自闭症的核心特征。如，在智力测验中操作项目的成绩高于言语项目的成绩，呈现出明显的不均衡性；在音乐、绘画、计算等方面具有超出他们的

一般的智力水平的特殊能力等。大部分自闭症者表现出的一些症状又不是自闭症特有的。如，不断地前后晃身体、拍打自己的胸脯、拧手指等刻板行为可见于其他的心理障碍。另外，只穿特定的颜色或花纹的衣服，把某一东西摆放在固定的地方等，保持统一性的要求和对变化的抵抗可以看做是自闭症特有的症状。Wing 提出的自闭症的三个主要症状构成了临床上诊断自闭症的基础。DSM－Ⅲ和 ICD－10 均根据 Wing 的三个主要症状从以下三个方面进行诊断：在社会相互作用上存在质的障碍；在言语和非言语的交流以及想象活动中存在质的障碍；活动和兴趣的范围存在明显的局限性。自闭症作为一症候群，要求自闭症的心理学理论能够一贯地说明自闭症的主要特征。

像自闭症这样的障碍需要综合性的治疗，在有些情况下，还需要监护。多数方案的目的在于指出每个儿童的具体需要，并设计出十分详细的治疗计划。对于两种最普遍（虽然不尽相同）的治疗模型来说，尤其如此。这就是行为疗法和环境疗法。即使这样，已设计出的治疗方案无论如何全面，对患孤独症的儿童也只不过是一种有限的效果。已得到证实的进展只出现在某些具体方面。在使用行为疗法时，治疗者从对儿童的各种机能技术进行全面的评价入手，然后设计出操作性条件作用方案，以社会和交际技术为主提高其机能作用。

2. 治疗及处理。

对儿童精神病而言，标准的药物是抗精神病药，抗精神病药物有时又被称为强安定剂、神经阻滞剂。这类药物的品种很多，医生的选择范围也很大，常见者包括氟排啶醇、氯丙嗪、奋乃静、三弗拉嗪等。然而，应该注意的事，这些药物并不能控制所有精神病症状。对药物疗效最好的靶症状往往是所谓的阳性症状，包括幻觉、妄想、思维障碍、紧张综合症（木僵、违拗、僵直、怪异姿势）或怪异的情绪状态。相反，这些药物对于所谓的阴性症状效果不佳。阴性症状一般包括情感淡漠、思维贫乏、行为退缩、社会功能受损。由于患者对外界事物缺乏应有的情感反应，对外界活动无兴

趣，同时缺乏享乐能力，因此，纵使他们的幻觉妄想消失，他们在日常生活中仍然会遇到诸多困难。

近年的研究发现，新型抗精神病药物如氯氮平、维思通、奥氮平等药物不但对阳性症状效果较佳，对阴性症状的治疗效果也似乎更好，此外，这类药物的不良反应较轻。因此，如果经过检查说明患者有精神分裂症等精神病，许多医生首先选择维思通或奥氮平等新型药物。

值得欣慰的是，由于对这一疾病的了解越来越深，新型治疗方法的不断出现，这种疾病的治疗已经出现了相当大的进步。儿童一旦得了这种病，就很有可能延续到成年，但只要儿童接受恰当的治疗，同时较少刺激，提供恰当的环境，就可以使儿童保持相对正常的生活，同时，未来的发展也许会带来新的福音。

第十四章　法律问题与社会问题

变态心理学的焦点始终集中在个体疾病性质，疾病可能的原因及治疗。然而那些受到变态行为直接影响的人们，特别是其伴侣和儿女，也应该列入被考虑之列。我们在此转移焦点并以较大的视角考虑社会问题，即因变态行为而产生的社会问题，以及和变态行为有关的社会政策问题。

我们在本章讨论的问题包括以下几个方面：第一，法律问题，关于病人行为的后果，可以得到怎样的保护；第二，预防的问题，现在社会做哪些预防心理异常的工作；第三，环境与社区支持，讨论病人在怎样的环境中利于康复，社会应给予怎样的支持；第四，心理健康与心理卫生服务机构的建立与发展。

一、精神错乱的受审与辩护

曾经有这样一个案例：某男，35 岁，某工厂工人。1981 年 3 月，无明显原因首次发病，称自己做了错事，拿了厂里的东西，讲话得罪人，与邻居谈恋爱在厂里造成影响。多次向厂保卫部交代，认为自己罪大，足以定为死刑，故出现消极行为及自杀企图。1981 年 4 月住院治疗，约 3 个月后痊愈出院。1982 年 4 月又因自杀行为曾去医院抢救。1983～1985 年两年间未曾去医院治疗。1985 年 5 月间，他连续发现其妻子与单位某基层领导有暧昧的书信来往，为此与妻子发生纠纷。因其妻已怀孕，他担心影响妻子及胎儿的健康，多次好言相劝，并亲自为妻子调理食品。结果其妻更加要挟，夜间吵闹，不让他睡觉，提出离婚。5 月 13 日他对自己的姐夫说：“我脑子不行了，心理非常乱，控制不住了。”14 日他赴厂医务室看病，称因夫妻吵架不能睡觉，检查发现心率 104 次/分钟，当天他

给妻子削苹果，她不要。他很生气。中午其妻睡着以后，他到房里拿来榔头，敲妻子头部，又用手掐妻脖子致死。然后想自杀，又怕牵连家里人，故主动去派出所自首。

这一案例经来自各地的几十名专业鉴定医师们进行讨论，大体有三种意见，第一种意见认为，不是情感性精神病，作案前虽然有睡眠差、心率快等，但这是由于夫妻吵架，其妻不让睡觉等客观因素引起的，不属内因性情感障碍的范畴，作案过程及作案后未见明显病态冲动行为。故此案应以正常人作案对待，被鉴定人应负刑事责任。第二种意见认为，可诊断为情感性精神病，但不能排除分裂情感性精神病。既然有既往病史，作案前又有睡眠差，心悸等症状，不能断然说与既往病史毫无关系。所以不能与正常人发生的案件同样对待。结论为部分责任能力。第三种意见认为，他有既往病史，两次复发，未必完全缓解，案件直接原因是其妻道德败坏。因此，无论在道德方面，还是精神病因素，均值得给予极大同情和谅解。其结论虽然也是部分责任能力，但应负的责任很小。

正如这个案件所讨论的，变态行为有时破坏社会规范，有时甚至以犯罪的方式来进行破坏。当有心理疾病的人犯罪，尤其是犯严重罪行时，我们面对几个必须解决的问题：当个体心理状态紊乱时可以加以辩护而免于刑罚吗？个体如果有精神疾病他能够受审吗？如何提供治疗给不愿意治疗的病人？

实际上，许多国家的法院已经面临上述一些问题。司法判决未必对提出的问题提供了实际而为人们乐于接受的答案。心理学家和精神病医生试图发现这些问题的答案，因为法院经常需要他们的鉴定结论作为证据。

（一）精神错乱的辩护

个体应为犯罪行为而受审判，乃是基于这样的前提：他或她知道自己选择犯罪，因而必须为其罪行负责而且应该接受刑罚。对犯罪行为施以刑罚的理由是：阻止他人企图犯罪，希望可以阻止个体未来实施同样的行为；以及当刑罚涉及监禁时，保证至少服刑的期间个体不会犯同样的罪。但是，如果个体无法辨认或者控制自己的

行为，他是否应该为自己的罪行负责？如果个体被证明犯罪时“精神错乱”，社会能做些什么？

根据什么样的标准来确定责任能力的有无，直接关系到对什么人进行非难，将什么人作为犯罪人，使什么人承受惩罚的问题。关于精神病人的责任能力，最重要的就是解决判断标准问题。

1. 国外标准。

(1) 英国的麦克·纳顿规则（对—错测验）。

这个规则源于 1843 年发生在苏格兰的著名的麦克·纳顿事件（Mcnaghten's case）。该事件的内容大致是：被告人麦克·纳顿（Mcnaghten）患了偏执型精神分裂症（Paranoia）后，以为执政的保守党人在追踪他，使他终夜不眠。因此，他决定进行反击，杀死保守党党魁兼首相的皮尔（Robert Peel）。结果，在开枪时打死了首相的私人秘书德拉蒙特（Edward Drummond）。麦克·纳顿被起诉犯有谋杀罪。但是，在审讯过程中，经精神病医师鉴定，认为麦克·纳顿行为时处于精神错乱状态。首席法官丁塔尔（Nicholas Tindal）解释道：“应该决定的问题是实施行为时被告人是否能够运用其理解能力知道自己在实施的是邪恶的行为。”结果，陪审团以精神异常为由宣判麦克·纳顿无罪。该事件当时非常引人注目，其无罪的判决又引起了公众的骚动。问题被提到了贵族院，贵族院经过长期的讨论，向 15 名法官提出了关于精神异常的五个质疑，并要求回答，以期形成关于这个问题的明确规则。法官们回答质疑的主要内容是：“为了使精神异常为理由的辩护得以成立，必须明确证明被告人在实施行为时因为精神的疾病而处于缺乏理性的状态，并且达到不知道自己正在实施的行为的性质或者即使知道行为的性质却不知道自己正在进行错误的事情的程度。”上述内容就形成了著名的麦克·纳顿规则。

根据麦克·纳顿规则，判断责任能力的标准是“混合的标准”，即由精神的疾患这种生物学的要素和认识行为的性质这种心理学的要素混合构成。而关于心理学的要素，它只强调了认识的要素——辨别能力，而没有从正面提出控制能力的问题。因此，它被视为决

定犯罪行为责任相当狭隘的基础。

(2) 不可抵抗的冲动规则 (Irresistible impulse rule)。

所谓不可抵抗的冲动是指行为人的意志力受到侵害，对于要实施犯罪行为的冲动不能够加以抵抗。换言之，对实施某种行为的异常冲动加以抵抗的意志力被剥夺了。这个规则常常被作为麦克·纳顿规则的附加成分加以运用。它认为，在行为人由于不能抵抗的冲动而实施了犯罪行为的情况下，行为人也是无责任的。

适用不可抵抗的冲动规则最有影响的事件是阿拉巴马州（Alabama）的 Parson VS. State（1887 年）事件。在该事件的审理中，法官萨默维尔（Somervill）认为："刑事责任能力的主观因素由'知的辨别能力'和'意思的自治'两个要素构成，正确的合理的责任能力的标准必须考虑进这两个要素"，并就此作了如下的说明：

●被告在实施犯罪时，是否患有达到白痴及其他精神异常程度的精神疾病?

●如果存在上述精神疾病，被告人是否认识到其实施的特定行为的正邪或对错? 若没有这种认识，被告人在法律上就没有责任。

●因为精神疾病的压迫，被告显著丧失了选择正邪一方的能力，即避免实施某行为的能力。若没有这种能力，也应该认为在法律上没有责任。

很明显，不能抵抗的冲动规则不仅把辨认能力而且把控制能力也纳入了责任能力的内容之中，认为行为人没有辨认能力时固然没有责任能力；但是，即使其有辨认能力，若没有控制能力即属于不能抵抗的冲动时，也仍然没有责任能力。

(3) 德拉姆规则 (Durham rule)。

德拉姆规则是 1951 年 7 月 1 日哥伦比亚特区联邦上诉法院在德拉姆事件的判决中确定的关于判断责任能力的新规则　该规则规定：在被告人的违法行为只是其精神的疾病或缺陷的产物时，就不负刑事上的责任。明显地，与前述的麦克·纳顿规则和不能抵抗的冲动规则不同，德拉姆规则只着眼于精神障碍这种生物学的要素，用"生物学的方法"来构成责任能力的标准。根据这一规则，责任

能力这种法律性、道德性、社会性的判断就会受到精神医学者的鉴定的支配；对法律的标准来说，重要的不是疾病、缺陷这种征兆，而是它们对被告人所产生的效果，即给被告人的能力所造成的损伤。但是，德拉姆规则却没有考虑到这一点。如果不考虑被告人的能力是否受到不能辨认或不能控制程度的损伤，仅根据存在精神的疾病或缺陷就断定行为人为无责任能力者，那么心理变态者、药物依赖者、情绪不稳定者都会被视为无责任能力者，从而造成无罪的洪水现象。

（4）模范刑法典规则（Model penal code rule：ALI rule）。

关于责任能力的标准，模范刑法典第四章第一条作了如下规定：

①任何人于犯罪行为之时，作为精神的疾病或缺陷的结果，缺乏识别自己行为的犯罪性或者缺乏使自己的行为服从法律的要求的实质性能力时，对其行为不负责任。

②本章所用的“精神的疾病或缺陷”一词不包括仅仅表现为反复实施的犯罪及其他反社会行为的变态行为。

模范刑法典关于责任能力标准的上述规定，采用了“混合的方法”。需要注意的是：

第一，关于心理学的要素，它规定了“识别自己行为”的辨别能力和“使自己的行为服从法律的要求”的控制能力。

第二，关于无责任能力的标准，它不要求达到完全丧失认识能力或控制能力的程度，只要求达到“实质性”缺乏的程度即可。

（5）日本刑法标准。

日本刑法第七章，“犯罪的不成立及刑罚的减免”由第 36～39 条组成。第 39 条第 1 款规定：“心神丧失者的行为，不处罚。”第 2 款规定：“心神耗弱者的行为，减轻刑罚。”可见，在日本刑法中，并没有使用医学术语和精神疾病的名称，完全应用了法律的概念，即心神丧失者无刑事责任能力，心神耗弱者部分责任能力。

2. 中国刑法的标准。

我国刑法第二章第十八条规定：“精神病人在不能辨认或者不

能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制治疗。

间歇性的精神病人在精神正常的时候犯罪，应当负刑事责任。

尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人犯罪的，应当负刑事责任，但是可以从轻或者减轻处罚。

醉酒的人犯罪，应当负刑事责任。”

刑事责任能力实际上指的就是行为人能够辨认自己行为的性质及其意义并且控制和支配自己行为的能力。其中的“辨认”能力，即是指一个人了解自己行为的性质、意义和后果的能力，辨认能力是刑事责任的基础。只有对自己行为在刑法上的意义有认识能力，才谈得上凭这种认识能力而自觉有效地选择和决定自己是否实施触犯刑法的行为的控制能力。因而只要确认某人没有辨认能力，他便不具备控制能力，不存在刑事责任能力。另一方面，控制能力是刑事责任能力的关键。这表现为，在具有辨认能力的基础上，还必须要有控制能力才能具备刑事责任能力。

根据以上内容，我国确定精神错乱者的刑事责任标准是：

(1) 医学标准。A要确定是否存在精神障碍症状。责任无能力者必须存在生物学上、精神医学上的精神障碍。B要确定是否存在不可谴责的病因。无责任能力者（包括限制责任能力者）存在的精神障碍是不可谴责的，不是某种人的恶意产物。在行为人主动地使自己出现精神障碍症状（如通过自我暗示、醉酒等）时，我们就应当对他进行谴责。

(2) 心理学标准。即由于这种病症使行为人丧失或部分丧失辨认能力和控制能力。丧失辨认能力是指行为人由于精神病的作用，在行为时不能正确了解自己的行为危害社会的性质及其后果；丧失控制能力是指行为人由于精神病理的作用不能根据自己的意志自由地选择实施或不实施危害行为。在判断精神病人的刑事责任能力时，必须将医学标准和心理学标准结合起来，综合判断。

(3) 对能力问题的比较。对各国的法规加以比较，可以发现两

种不同的原则：一种是完全避免医学术语，另一种则尽可能地与精神病诊断相沟通 日本刑法采用了“心神丧失”、“心神耗弱”的非医学术语；美国采用“精神疾患或缺陷”的法学术语。我国刑法的规定介于上述两种原则之间，采用了“精神病人”、“间歇性的精神病人”等医学术语．在多种法规中，可以清楚地看到，除日本刑法和美国德哈姆法则以外，其他许多法规的共同之处，都包括认知能力的因素“不知道”、“不理解”、“不能辨认”等不同的文字加以表达。然而，“不能辨认”还包含有一定的情感成分，“辨认”包括认识、知道、理解，又含有辨别是非、好坏之意义。因此，司法精神病鉴定只有对鉴定对象的认知过程和情感过程作全面分析，才能更准确理解我国刑法中关于“不能辨认”的法律意义。在各种法规间，差异较大的问题是如何对待控制能力和意志能力。在我国刑法、美国法学院拟定的法规（ALI）中，均把辨认和控制自己的行为作为两个法律条件。1984 年美国通过的《美国刑法精神健康标准》，根据对美国社会的抨击和精神病鉴定标准过宽的弊病，不再把控制能力作为责任能力的判定标准。从美国的经验中，会使我们认识到在使用控制能力进行鉴定分析时，应持谨慎的态度。特别是对某些人格障碍者和性变态者的犯罪行为进行分析时，应用控制能力的概念，更应格外注意。1982 年美国精神病学会的声明指出：根据现代精神病学的认识，反社会变态人格的个体对自己的行为并不是没有控制能力的。

（二）受审的能力

出庭受审的能力是指当法院开庭审判时，他的精神状态是否正常，也就是说，个体是否了解控诉的性质并且可以理性地为自己辩护。这个问题比个体对于犯罪应负的刑事责任更狭窄。受审能力与无法控制的冲动或明辨是非无关，司法系统只要求个体有了解控诉的基本能力。即使个体在犯罪时患有精神疾病，个体仍可能具有接受审判的能力。责任的问题与个体犯罪时心智状态有关。判断犯罪时的心智状态只能回溯到当时，能力问题则只与审判当时有关，审判时的心智状态可当场适当地检查。个体可能被判断为犯罪当时精

神错乱，但是后来的精神状态有能力接受审理；或者被判断从犯罪时起一直精神错乱，但在审理时并没有精神错乱。审判可能在犯罪很久之后才进行，这期间被告的心理状态可能变化激烈，可能变好也可能变坏。

出庭受审能力可由原告、被告或由法官提出。一旦提出这个问题以后，就应该把被告送到公安系统的精神病监护院，直至对他的精神状态鉴定完为止。在精神科医生和心理学家完成检查以后，法庭召开听证会，在对检查者口头或书面报告的基础上，法院最后作出裁定。如果被告无法理解对他控告的含义和法律程序，无法与律师或代理人合作，就可以宣布其不具备出庭受审的能力而应把他置于法律强制系统的精神病院或收容所。他在这里不定期地被限制行动自由，直到精神状态恢复到具备出庭受审的能力。在美国，实际上有50%的无出庭受审能力者要终生在法律强制系统的精神病拘留所度过，无出庭受审能力者还可以到法律强制系统的精神病院以外的地方去就医，类似于我国的保外就医。

在出庭受审能力的法庭裁定以前，由精神病医生和心理学家进行检查。包括会见、面谈、背景资料的收集、社会历史调查和各种形式的心理测验。这些途径的检查必须努力达到以下标准，最后才能对出庭受审能力给以较为明确的回答：

(1) 对受检对象有全面的了解，他为何触犯刑法，怎样触犯刑法？原告或辩护人或代理人对受检对象的精神状态提出了哪些疑问？哪类情感、认知和个性问题会对出庭受审形成不利的影响？

(2) 使用的特殊测验方法必须是可靠的，能够经得起反复检查和法庭考查。

(3) 检查者应对提出的各种问题，用检查所得出的结论给出令人信服的说明和解释。

在美国，有两个针对出庭资格的专门心理测验：出庭受审能力初试（CST）和出庭受审能力测试法（CAI）。前者是由22个未完成的句子所组成的言语投射测试；后者试图寻找关于裁定受检者出庭能力的法律基础，它由13个行为机能和自我机能（Ego functions）

问题组成。这13个问题关系到受检者到法庭上能否理解和遵从法律程序而行事。对13个问题中的每一个均按5分制给予记分。5分者完全具备出庭能力，1分者完全不具备出庭能力。没有一个确定的及格标准，究竟几分才可以出庭由检查者自行决定。《美国刑法精神健康标准》确定被告是否有受审能力的标准为，其是否有足够的能力与自己的律师交换想法，有足够的理智能理解和配合律师在辩护中对自己的帮助，是否能在理性上和事实上理解诉讼程序。

（三）强制治疗的条件

如前所述，患有精神疾病的人一旦被鉴定为责任无能力者，就会被送往司法系统指定的医疗机构进行治疗。从社会要求来说也必须如此。然而，绝大多数的精神疾病患者都不愿意到这些医疗机构接受治疗。那么，应该根据怎样的标准来确定是否对这些精神病患者强制治疗呢？

1. 英国的精神健康法规。

英国多次修订的精神健康法规，明确规定了对公民进行强制性的收留、检查和治疗的条件和标准。这一法规明确规定下述三种情况可以对公民强行送入医院：入院检查、入院治疗和刑事诉讼程序有关的病人转入医院。送入医院短期检查不需要很多限制，发现任何精神障碍均可强行送入医院短期检查，但限制其人生自由的时间一般不得超过72小时。住院治疗或刑事诉讼中精神失常者的住院期在六个月之内时，必须证明其有下列四类精神障碍之一：精神病、精神病理障碍、精神缺陷和严重精神缺陷。精神健康法规对“精神病”没有明确的定义，但规定不应仅根据某人堕落、淫秽行为异常、酒癖或其他不道德行为而确定其为精神病。“严重精神缺陷”指精神发育迟滞或发育不全的状态，从而造成社会能力的缺失并常伴有攻击性行为或其他不负责任的行为。法规中的“精神缺陷”一词的含义与“严重精神缺陷”的含义基本相同，仅在程度上有所差异。“精神病理障碍”系指顽固性精神无能或紊乱状态，从而导致对有关人员的病态攻击行为。

公民因精神错乱而受到强制性入院治疗时，按英国健康法规的

规定必须有其成年近亲属的同意。如没有成年近亲属负责，应有同居五年以上的人表示同意。此外还应由负责医师、社会工作员等签署意见后，方符合强制入院程序。

2. 美国的成年精神病人住院问题立法准则。

我们首先必须明确的一点是：在美国，对任何公民限制其人身自由，送人精神病院必须经过法庭裁定，否则将是违法行为。《成年精神病人住院问题立法准则》的内容始终贯穿了这一基本精神。

这个法规制定的目的是：保证精神病人尽可能自愿寻找精神科检查、护理与治疗，并且使其从中得到益处；保障病人的权利；为病人得到治疗和处理提供一定的程序；在合理范围内使病人得到法律的保护与豁免。

该法规对 13 条有关术语提出了具体定义，这些术语包括：厌恶性治疗、最小限制病人的原则、法庭、急诊、实验性治疗、缺乏选择受治疗方案的能力、引起自伤或基本心理功能衰退、引起他人损害、病人、人、精神外科、严重精神障碍和治疗设施等。其中急诊指病人出现了自伤行为、攻击行为、对他人财产的严重威胁行为以及病人极度焦虑、惊恐或严重精神病的突然恶化。对急诊入院的精神病人，应在一周内由巡回法庭在医院内举行听证会，由法庭裁决急诊入院是否合法。如病情复杂，急诊强制人院可延迟到 14 天之内举行听证会。法庭在举行听证会后裁定符合下列五条标准者，将受到 30 天强制性入院治疗：

①严重精神障碍。

②这种障碍在精神治疗设施中可以治疗，并且符合对病人最少限制的原则。

③拒绝自愿住院或不能表示住院者。

④缺乏选择治疗的能力。

⑤精神障碍之严重程度达到对自己或对他人的安全构成威胁者。

专家们在法庭听证会上出庭作证，病人也应表达自己的意见。如法庭认为证据不足，不完全符合 30 天强制性治疗标准时，则应立即恢复病人的人身自由。

3. 我国的有关规定。

我国于1989年7月11日颁布了一个部门规章：《最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部、卫生部关于精神病司法鉴定暂行规定》。该规定的目的是为了保证司法机关依法正确处理案件，保护精神疾病患者的合法权益，为委托鉴定机关提供有关法定能力的科学证据。它总共分为6章22条，其内容分别是总则、司法鉴定机构、鉴定内容、鉴定人、委托鉴定和鉴定书、责任能力和行为能力的评定。其中仅在第19条规定了：被鉴定人在实施危害行为时，经鉴定患有精神疾病，由于严重的精神活动障碍，致使不能辨认或者控制自己行为时的，为无刑事责任能力。但何为严重的精神障碍，规定却未作出解释。因此，该法规并没有明确规定强制治疗的条件。但是，结合刑法第18条第1款的规定："精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任。但是应当责令他的家属或监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗。"由此我们可以看出我国对精神病人强制医疗的条件是：

（1）有严重的精神障碍。

（2）由于严重的精神障碍不能辨认或者不能控制自己的行为。

（3）实施了危害行为，造成了危害结果。

（4）精神病人的家属或监护人未严加看管和医疗。

4. 归纳。

从以上内容，我们可以归纳出目前各国政策描述的强制治疗的条件必须符合以下几个方面的条件。

（1）出现心理疾病。这是最基本的条件。但是各国却基本没有一个清楚的定义，何种疾病才符合这项条件。

（2）判断力受损。这里主要是指个体的判断力因心理疾病而受损，以至个体无法确定自己是否需要治疗。这时社会责任要求他人必须为个体作出治疗的决定。

（3）需要治疗。

（4）对他人产生危害。这是不经个体同意，将精神病人交给精

神病院的正当和社会责任的依据。个体之所以被强制送入精神病医院治疗，其理由乃是个体可能危害他人，或者在社区内的某个人的安全会因该个体之释放而受到危害。

（5）对自我的危害。相当多的精神病人具有自杀的企图，将他们强制交付给精神病医院似乎是一个较好的办法。

（6）能力严重不足。个体明显地因为心理疾病而无法照顾自己，也就是说，无法自己进食、穿衣和照料自己居住，决定将病人交付精神病医院似乎是一个仁慈的办法。

二、精神病的预防与康复

（一）预防

美国心理学会的前任主席 George Albee，在为预防心理学一书所写的序文中，为我们指出了预防的重要性。“我们社会中有许多人有情绪的困扰，远超过我们资源所能负荷，实施一对一的治疗将使人员和机构方面都相当不足。我相信公共心理健康的格言，此格言认为一对一的治疗无法消除和控制大规模的疾病。每次评估疾病的分配情形，都发现社会上约 15%的人们有心理困扰。而且当我们了解一年里整个心理健康系统只有 700 万人，然而约2 500万人以上需要治疗，我们就深深体会到我们现今工作的无力。”

通过以上的文字，我们可以看出预防工作多么重要：心理健康调查指出每一年大约有超过2 500万人需要心理协助，但社会只能给少部分的人提供服务。因此，只有透过大规模的预防工作，才能彻底解决当今最明显的大众心理问题。一般来说，精神疾病的发生原因有生物因素、物理化学因素、社会心理因素。因此，精神病的预防应从以下四个方面着手：

1. 社会环境方面。

树立互助、互爱、彼此体谅关心的风气，切实消除各种不利于身心健康发展的精神污染源和社会病理现象，如封建迷信、歧视妇女、歧视精神病人等。良好的社会风气可以提供给个体一个适合生

存、发展的大环境，是预防精神病的一个最基本的方面。

完善各种社会福利，使“幼有所养、老有所终”，广泛设置适应社会和生活需要的各种服务机构和文化教育娱乐场所，如幼儿园、敬老院、残疾人康复中心、行为矫治学校、工读学校、卫生展览馆等。

美满和谐的家庭环境是培养少年儿童健康个性心理和正常身心发育的可靠保证，是培养少年儿童优良品德、高尚情操的根本要求 合理的家庭教育，父母、亲属和邻居文明的言行态度，对少年儿童的心理健康发展是至关重要的。

2. 遗传学方面。

许多常见的精神疾病与遗传因素有关，如精神分裂症、癫痫等具有强烈的遗传性。因此，必须重视优生，重视计划生育政策。每对青年夫妇婚姻登记前要做好婚前检查。不宜结婚的遗传病人，婚后要绝育，避免近亲结婚，要注意做好孕期检查，发现胎儿有遗传病应做人工流产。

3. 讲究各个年龄阶段的心理卫生。

婴儿期心理卫生。这一阶段的婴儿有细心照料的需求。精神分析理论认为，许多变态行为都可以追溯到婴儿时期的欲求得不到满足上。做好婴儿期的心理卫生工作主要依靠母亲的喂养和爱护来满足婴儿的基本欲求。因此母亲的关爱和细致耐心对于婴儿的心理健康成长具有极为重要的作用。

儿童期心理卫生 做好这一时期的心理卫生工作要从预防躯体疾病开始。因为躯体的病痛极易引起心理状况的剧烈变化，从而导致心理变态的发生。要围绕着儿童的心理发展，按幼儿的发育情况进行教育和抚养，既不可溺爱、姑息、放纵，亦不宜随便斥责、威胁、打骂。儿童善于模仿，家人和邻居的文明态度和良好的榜样都非常重要。对那些缺乏父母爱护和家庭温暖的儿童要有足够的时间补偿儿童心理上的不足，使他们的人格发育能适应环境和符合年龄特征的要求。要对残疾儿童和有缺陷的儿童施以特殊的教育、训练和心理照顾。要注意预防和矫正儿童的不良行为习惯，如睡眠障

碍、饮食异常、口吃、多动综合症等。如果不及时纠正这些不良的行为和习惯，就有可能发展为变态行为或变态人格。对于智力超常儿童，家长和老师也要正确对待。国外许多研究表明，许多罪犯的智力水平较高，这可能与他们儿童期教育不当有关。

儿童时期形象的感知能力往往超过抽象的理性认识，因此幻想多于实际，单纯的向往、模仿超过对社会现实的企求，容易听信小伙伴和外人不正确的话语，容易上当受骗。因此，要注意对儿童启发、诱导、教育，鼓励他们的自觉性、上进性。培养他们美好的情操。

青少年期的心理卫生。青少年期性器官开始发育成熟，出现第二性征，心理上发生了许多变化。此外，青少年随着年龄的增长，生活经验增加，对社会结构、现状和习惯等逐渐加深理解，而智力的进步又提高了抽象思维和推理能力。提高了对自身的内省和对外界的批判能力。因而，这一时期烦恼较多，矛盾也较为突出。做好这一时期的心理卫生工作，显得尤为重要。双亲要信赖子女，承认他们的自主行动，并加以关心和指导。而不宜过于干涉或拔苗助长。同学和教师要配合家长共同关心青年心理上的问题，加以开导和帮助，使他们正确对待自己，树立正确的人生观、价值观。

青少年对性的矛盾心理主要表现在既是腼腆、焦虑，又是好奇、关心，接触异性时，往往踌躇、紧张；青少年期开始的性欲要求，每每因性冲动和手淫而追悔、羞愧、恐惧，产生自卑感、罪恶感和疑病观念。如果在这个时期人为地压制青少年的性冲动，容易导致性心理的畸变，形成性变态。因此，这个时期应当重点普及性的卫生教育，使青少年对此有一个正确的认识和了解，使之正确地对待性的问题。

中年期心理卫生。中年人的心理状态一般比较稳定，他们面临的主要问题是事业和家庭等。但是在变化的社会生活环境中，人际关系的复杂性，也容易对心理上、思想上产生较大的冲击，故中年人在心理上要重视个性修养，培养坚强的意志和信念，培养广泛的生活情趣。

更年期心理卫生。人们到50岁左右时，往往经历第二个心理危机期。由于性功能和其他器官功能的逐步衰退，内分泌的不稳定，情绪往往容易波动，如果子女远离身边，更容易引起忧虑抑郁．尤其是青壮年时期有过精神创伤的人，每每忧时忧事，更易有人世沧桑、寂聊、沮丧之感。因此，这一时期应尽量保持心情舒畅，合理安排家庭生活，多参加文化艺术活动，丰富生活内容。

老年期心理卫生。进入老年的人们，随着身体的衰老，心理功能也逐渐衰退。家庭环境的变迁，往往表现出孤独寂寞、抑郁忧伤。赋闲在家容易滋生老朽感和末日感，甚至走上消极自杀的道路。因此，老年期容易出现抑郁症。心理卫生工作除了预防各种器质性和心因性疾病以及意外伤害、自杀等事件的发生外，还要创造条件，在各方面作好安排，在力所能及的情况下，鼓励老年人积极参加各种社会活动。

4．医疗卫生方面。

（1）进行精神病流行学调查，据以制定防治规划。

（2）广泛建立心理卫生中心和防治机构。

（3）宣传精神疾病的防治知识，纠正群众对精神病的不正确认识和态度。

（二）预防的类型

1964年，Gerald Caplan把对精神病的预防区分为三个层次。他的描述采取预防身体疾病的医学模式。目前已被广泛使用在心理健康的领域中。

第三级预防：第三级预防的目标是做好精神残疾者的康复安排工作，最大限度地促进病人社会功能的恢复，尽可能地减少精神残疾的发生，把精神残疾的预防和康复作为重要内容纳入到初级卫生保健系统中去。

（1）住院治疗是康复工作的开始，积极开展院内各种生活自理能力、人际交往能力、职业工作能力的康复训练，促使患者在行为技能上争取较顺利地从医院环境过渡到社区环境。让患者保持与家庭接触，保持与社会交往，尽量缩短住院时间，尽早转入社区康

复。

（2）省、市等各级政府成立包括卫生、残联、民政、公安等多部门的精神病防治康复工作协调组，并纳入当地行政领导的工作内容，逐步形成社会化的精神病防治康复工作体系。建立一个能够适合不同病人不同需求的精神病防治和康复机构，提供因人制宜的有效服务，如工疗站、看护小组、家庭病床等多种形式的康复设施。通过社区管理，使病人参加适当的劳动，开展一定的文娱活动，接受一定的医疗措施和再教育。这对巩固病人的治疗效果，减少复发，减少精神残疾，促进社会心理康复和就业起到积极的作用。

（3）重视和动员家庭成员支持精神障碍病人的康复活动。近几年来有些地区正在试行对病人的家庭成员进行家庭心理知识教育，较系统地介绍精神病的本质，如何正确对待病人，减少对病人的精神压力，促进病人和周围人交往以及尽早识别复发的早期症状，如何预防复发，以巩固治疗效果，减少残疾，较大地促进了精神病社区康复。

（4）康复措施的最终目标是使患者的工作得到重新安置，使其尽可能在工作岗位上或家务劳动中发挥作用。在通常情况下，病残者的职业安置本来就比健全人困难得多，至于因精神病而致残者的职业安置，显然更为困难。除了加强舆论宣传外，既要通过一定的政策和法规保障，又要争取针对性的职业康复程序和设施。总之，妥善解决精神病患者和精神残疾者的恢复职业或重新就业，对支持其心理处境和参与社会生活起到极为重要的作用。

第二级预防：第二级预防的目标是早期发现、早期诊断、早期治疗。争取完全缓解与防止愈后复发。对目前尚不能通过第一级预防措施消灭的精神障碍，应给予二级预防措施。早期发现病人并早期诊治对各种精神疾病的病程转归及预后都起到良好作用，乃是精神病防治工作中极其重要的一环，尤其是逐渐起病而症状隐匿，不易被人发现的病人，如能早诊断、早治疗而不延误病情，则对预防复发以及使慢性率下降有很重要的意义。具体措施如下：

（1）有计划地向广大群众宣传精神病防治知识，取得社会各方

面的支持，改善社会及家庭对精神病患者的不正确看法，走群众路线，及早发现，早期诊治。把疾病控制在萌芽或初发状态。

(2) 首次治疗时应力争达到完全缓解、恢复中枢神经和植物神经的正常功能活动，减少复发的残留症状。治疗上应用足剂量，并有一个稳定观察时期以达到一定疗程。

(3) 对病情已好转的病人，应进行多种形式的心理治疗。除适当介绍一些精神卫生知识和一般精神病常识外，还要使病人能正确认识自己，锻炼自己的性格，树立正确的人生观，以便使其具备正确处理和对待重返现实生活中的各种心理社会因素。

(4) 必须做好出院病人的定期随访工作，建立长期随访制度。使病人能经常接受医疗指导；及时解决各种心理卫生方面的问题；发现病情变化及时医疗；坚决维持治疗，落实医疗措施，从而减少病症复发的机会。

(5) 推广在综合性医院设立精神科，对各级医院的卫生人员大力普及精神疾病的基本知识。针对不同对象举办不同类型的培训班，系统地讲授精神疾病的主要症状、常见精神病的认定、常用的治疗方法、药物作用及意外事件的处理等，不断提高精神疾病防治人员的医疗技术水平，使分散在各科就诊的精神病人得到早期诊断及正确的处理。

(6) 心理、社会环境因素在复发中起的作用不可忽视。需做好家属和社会有关方面的工作，使病人能得到医疗监护和心理支持，消除易引起复发的不利因素，以巩固疗效。做好病人出院后的各种合理安排，避免不必要的精神刺激，尊重病人的人格，适当满足病人的合理要求。

第一级预防：第一级预防旨在消除或减少病因或致病因素，以防止或减少精神障碍的发生。这是最积极、最主动的预防措施。但由于有些精神障碍的病因未明，因此，第一级预防除了主要针对病因已明的精神障碍，还有可能针对病因，采取果断的预防措施，最终消灭疾病的发生外，还可利用现有的知识，积极进行精神障碍的预防。

（1）对某些病因已清楚的精神障碍，采取果断措施，杜绝疾病的发生。建国后由于积极控制各种传染病、寄生虫病，大幅度提高了人民生活水平，使传染病、寄生虫病及营养不良引起的精神障碍得到迅速控制。

（2）对于某些可能与遗传有关的精神障碍，则需法律工作者、社会学家、心理学家和临床医学专家等共同努力，制订有关法规，禁止近亲婚配，限制具有遗传性精神障碍患者结婚与生育。

（3）机体的反应不仅随诱发因素的强度、持续时间和机体的机能状态为转移，同时也与病人病前的个性特征紧密相关。目前我国大力提倡优生优育优教，重视家庭教育，开设幼儿心理卫生课程，注意培养儿童健全的人格，尤其重视对独生子女进行良好、健康的个性培养，培养他们爱劳动、爱集体的品德与作风，养成诚实、坚强、克制和心情开朗的性格。

（4）需要加强精神卫生知识的普及宣传教育工作，使社会各界人士重视精神卫生。提高人的精神健康水平，使之能够抵御外界有害因素的侵袭，并尽一切可能处理好各种精神刺激性生活事件，减少心理障碍的发生，以保障人群的心理健康。

（5）积极开展各年龄阶段的心理卫生咨询及行为指导工作。及时纠正儿童行为问题、情绪问题、青少年违纪行为、老年人心理不适应及大中学生的心理卫生问题。必要时可在危机的关键时刻，给予积极的疏导和干预，避免精神崩溃。

（6）加强基础理论研究工作。开展精神障碍的病因学研究是当前精神病领域中的一个关键问题。只有在精神疾病的各有关病因逐步阐明的基础上，才能从根本上预防精神障碍的发生。

（7）开展精神病的流行病学调查，研究精神障碍在人群中的患病率、影响因素、分布规律及严重程度等，为卫生行政领导在制定防治规划时提供可靠的参考依据。并结合发病率和人口构成变化等资料。对未来的精神卫生需要进行预测和合理部署。

（三）精神病的早期症状

个体如果有了心理问题而没有及时正确的处理，就有可能会向

精神病发展。这时，会出现一些明显的早期症状：

情感表现方面：

(1) 对外界现实事物或以往很有兴趣的事物兴趣降低或不感兴趣；对切身的事情漠不关心，但对某些无关紧要的事情发生特别的兴趣。

(2) 情绪反应与现实不协调。一般反应比较迟钝、冷淡或过分激动；情绪容易波动，可能因一点小事而激动或冲动；无故嬉笑、哭泣、忧虑、愤怒、焦虑、发脾气、摔东西。

(3) 情绪反应与思想内容不相符或不相称，该欢乐的事情反而悲伤，该高兴的事情反而忧愁

行为方面：

(1) 对环境接触减少，好孤独，不合群，不愿参加社交活动或闭门枯坐，成天卧床不起。

(2) 有怪僻行为，对事物的看法往往违背常理，和他过去的个性比较显得离奇古怪

(3) 对学习、工作不安心，做事没有耐心，易出差错；工作效率降低，学习成绩下降

(4) 不注意个人卫生，不注意仪表修饰，失去应有的信心与自尊心。

(5) 固执己见，心不在焉，若有所思；或终日惘然，若有所失。

(6) 无目的地乱走或出现不能理解的动作行为。

(7) 自伤、伤人或毁物；动作变得迟缓，甚至不动；或者活动比平时增多，整天忙碌不停，爱管闲事和乱花钱。

思想方面：

(1) 有不着边际的莫名其妙的空想或幻想，想入非非。

(2) 对于外界事物理解错误或歪曲。辨不清是非，处理事物分不清主次，轻重缓急倒置。

(3) 无中生有或捕风捉影地多疑或夸张，易接受消极的暗示，对一句不相关的话或一件不相关的事情，就认为对他有作用、有意

义，因而钻牛角尖，终日冥思苦想。

(4) 有各种奇怪的想法；有时胡言乱语或自言自语。

(5) 言语思想显得散漫凌乱，讲了一大堆话，还未谈到主题，或无中心内容。

(6) 认为自己的身体活动或思想言行不受自己控制；认为别人的言行都是针对着他，要陷害他，要算计他，在用什么仪器操纵他。

(7) 不切实际地夸耀自己的才智、地位、金钱、力量等；无根据地认为某个异性对他一见钟情，在追求他；或认为爱人变心，有了新欢、行为不轨等。

感知觉方面：

(1) 听到有声音对他说话，或议论他。

(2) 看到实际上不存在的形象，如神仙、鬼怪、死去的人等；嗅到或尝到异常的气味和味道。

(3) 头部、躯体、内脏有不相适应的特殊感觉与不适。

(4) 对现实的感觉、知觉过敏或迟钝，或认为自己具有特异的功能。

智能、意志、自知力方面：

(1) 睡眠不安，梦惊；难以入睡或早睡；生活不能料理，饮食不知饥饱；经常照镜子，过分自我欣赏；不修边幅，穿戴不合身份。

(2) 注意力不能集中，记忆力明显减退，当天的事记不住，放下的东西就忘记，说不准亲属的姓名，不会做原来会做的事情，出门后不认识家门；以往有道德修养的人变得不文明无礼貌。

(3) 当患躯体疾病或发高热时，说胡话、兴奋躁动、神志不清、行为没有目的；或患病以后变得性格粗暴、记仇冷酷、任性凶横、呆板迟钝。

(4) 从小脾气古怪，与人合不来，常常发生冲突；甚至发生违法行为；或无明确目的地去偷窃、放火、伤人。不关心或过度关心自己的健康，对自己的精神异常没有具体认识和正确估价。

（四）精神障碍的治疗

自从20世纪50年代开始应用精神病药物以来对精神病的治疗取得了可喜的成效。抗精神病药物常能有效控制许多病人的精神症状，因而不少病人可以在门诊或家庭进行治疗，即使住院也可在不长的时间内控制症状，使病情缓解。不过精神疾病的发生总离不开病人的个性素质、生活经历和心理社会因素，故精神疾病的治疗，决不是单纯药物治疗可以奏效的，还必须包括心理治疗。

1.门诊治疗。

通过医生与病人个别交谈，解决与疾病有关的心理社会问题，按照不同疾病的个体特征与特殊环境来决定治疗方案。治疗的方法主要是会谈。门诊治疗不仅符合经济效益，而且更令人容易接受有效更佳。据美国心理健康国家研究所报告，从1955年至1983年，门诊治疗精神疾病的比例，从所有精神疾病的27.6%增加到70%。无疑，门诊治疗对于广大接受心理治疗的人助益良多。

2.集体心理治疗。

对一组病情类似的病人进行有系统有步骤的讲解和讨论，解决共同有关的问题。病人通过听课、联系实际、自我分析，可消除对自身疾病的疑虑和错误想法。还可邀请治愈的病人介绍自己康复的经验。但要注意的是，治愈对象要年龄相近，有一定文化水平和接受能力，才能达到应有的治疗效果。

3.家庭治疗。

要注意协调家庭成员间的关系，建立良好的家庭环境和气氛，帮助病人合理安排生活、学习与工作，提高适应能力。

三、环境与社会支持

（一）病人与环境

心理健康状态，可以说是作为主体的人与其所处的社会环境进行信息能量交换中的一种选择性沉淀的结果。人的心理内容是客观世界在大脑中的主观印象。人的心理健康与否，直接与人所处的社

会环境相关。我们所处的社会每天都大量地产生各种事件与信息，对每个人在客观上都起着刺激作用。个体则会自觉与不自觉地从自身的角度出发，观察、感悟它们，进一步通过自己的思考、理解、消化，并作出相应的反应。同时，社会一方面对个体表现予以反应，一方面继续其生产，造成新的信息背景。在这种互动关系中，人们只有在自我与环境之间达到平衡状态时才能够保持心理健康；一旦失去平衡，就会产生心理疾病。有精神疾病的人，如果置于一个健康有序的环境，将有助于改善其病症。相反的，如果病人处于一个不健康的环境，则由于病人与环境的互动作用，将会使疾病加剧，至少是对其恢复不利。一般来说，心理健康与家庭、学校、社区等环境的联系最为密切。因此，要尽力在这些环境中创造好的条件。此外，还要注意社会文化环境的影响。

（二）社区支持

社区精神卫生服务的历史并不长，国际上从20世纪60年代后期才蓬勃发展起来，这是社会的需要，也是学术、科学技术发展使之具备了一定的条件。

精神病的发病率和患病率，在发达国家和发展中国家，包括我国的调查资料均表明，随着社会的变革、社会经济的发展、劳动重新组合、家庭结构的变化，以及价值观念和生活方式的改变等，使社会生活中心里紧张因素、应激因素增加。社会生活环境中的有害刺激：如噪音、污染、拥挤等亦均对人们心理健康带来不利影响，使心身疾病的发生率和精神病的患病率明显上升。据我国部分省、市调查，重性精神病患病率由20世纪50年代的2.7‰，70年代的5.4‰，上升到80年代的11.4‰。

我国1982年全国12个地区精神病流行病学的调查资料表明，精神病总患病率为12.6‰，时点患病率为10.54‰，以此推算全国有各类精神病人1 395万人，而1990年统计，我国精神科床位总数约为84 000张，远非有限的精神科住院机构所能容纳。再从精神病的整个治疗过程来看，住院治疗也仅仅是一个短暂的阶段，更长的时间、经常性的治疗还是在社区。精神病中致残最重的是精神分裂

症和精神发育迟滞，总患病率分别为5.69‰和2.88‰。精神病人一人患病往往累及家庭和社会，不可避免地影响到劳动生产，甚至造成危害

（三）我国社区精神卫生服务机构的历史发展

建国初期，精神病防治工作主要致力于建立新的精神病院，并在专业人员和防治机构严重不足的情况下，工作重点放在对重性精神病人的收容、管理和治疗上。1958年在南京召开的第一次全国精神病防治工作会议上，提出了“积极防治、就地管理、重点收容、开放治疗”的工作方针，重视药物治疗和社会性治疗。

20世纪70年代以来，我国已基本完成城乡基层卫生组织的建设，各地精神病院都先后建立了防治科，负责以精神病防治为主要内容的社区精神卫生服务工作，开展了大规模的精神病普查及流行病学调查，掌握了精神障碍的患病情况，为制定精神卫生服务计划提供重要依据。并对大批基层的医务人员进行专业培训，向广大非专业人员宣传，普及精神科和精神卫生知识。不少城乡建立了精神病三级防治网，开办了街道精神卫生工疗站、居委会精神卫生家访小组或群众性看护网，工厂开办的精神卫生工疗车间，有效地保证了对居住社区的精神障碍病人进行治疗、管理及预防复发和社会康复工作，成为慢性精神病人康复和医疗的好形式。在农村广泛设立家庭病床，使广大农村精神病人在基层卫生人员的照顾下接受药物治疗，并且鼓励病人尽早参加社会生活和生产劳动，取得了十分显著的效果，大大降低了精神病的复发率和社会肇事率，提高了慢性精神病人的社会和劳动适应能力，减轻了家庭和社会的负担。

20世纪80年代起这一工作得到了重视。1986年由卫生、公安和民政部联合召开的全国第二次精神卫生工作会议上明确指出：“必须在各级政府的领导下成立由卫生、民政、公安、教育等与精神卫生有关的部门或社团组织组成的精神卫生协调组”，有力地推进了社区精神病防治和康复工作的发展。1991年，国家实施《中国残疾人事业“八五”计划纲要》，制定了与之相配套的《全国精神病防治康复工作“八五”实施方案》，把精神病防治康复工作纳

入国家发展计划，并于 1993 年 5 月在北京召开了“全国精神病防治康复工作会议”。会议要求“八五”期间，首先在 60 个市、县开展工作，在这些地区建立并形成社会化的工作体系，探索实行开放式的防治康复方法。这给有精神残疾的千家万户带来了福音，是我国社会主义制度优越性和人道主义精神的体现。全国残联将精神残疾的康复列入“八五”规划，这在国内外都是创举。虽然精神病社区防治和康复，不论在国际上和国内都是一项正在发展、有待完善的新的管理方法和体制。但有政策的保障，通过大胆实践，定能开创新局面，跃上一个新台阶。

（四）我国社区精神卫生服务机构的现状

1. 精神病防治康复工作体系的建立。

精神病防治康复工作是一项科学性和社会性很强的工作。它需要运用与精神卫生有关的医学、心理学和社会学知识，同时需要与社会各部门的密切配合；决不是哪个部门所能独立完成的。其目的在于对精神疾病开展积极的预防，为病人提供及时和足够的医疗照顾，妥善管理和合理安置，促进健康。因此，必须大力开展精神病的社区防治康复工作。具体的做法是：

（1）组成由政府牵头，卫生、残联、民政、公安各部门参加的各级领导小组。在各级政府的主持下，建立市、县（区）、街道（乡镇）各级精神病防治康复工作领导小组。领导机构一般由各级政府的分管领导同志担任组长，领导小组分别由各级政府和有关职能部门（主要包括卫生、残联、民政、公安等部门）组成。市、县（区）两级设立办公室，从而形成了和地区行政系统相吻合的防治康复工作领导体系。领导小组负责制订本地区规划和实施方案，组织发动，协调关系，检查督促，总结和推广经验。办公室是领导小组的办事机构，并代表领导小组领导精神病防治康复工作的实施。其主要任务是掌握动态，收集资料，向政府反映情况，定期讨论和研究工作，处理有关的行政事务。

（2）依靠基层卫生保健机构和城乡基层行政机构建立各级组织，管理网络社区精神病防治康复工作，精神病防治康复涉及社会

各有关方面，需要得到社会各方面的协作和支持，需要有相应的组织管理体系。在《全国精神病防治康复工作“八五”实施方案》中要求“各级政府、有关部门、企业事业单位、城乡基层组织、家庭和精神病防治康复机构，要有机结合，分工协作，齐抓共管，建立精神病防治康复的组织管理网络”。据此，精神病防治康复工作，采取的是在城乡各级政府的直接领导和支持下，以地区专科医院为中心，与各级基层医疗保健机构的初级卫生保健工作相结合，由各级基层医务人员、病人单位、家庭和病人所在地区的居民组织的共同关心和参与下的群防群治组织管理网络。各地的经验表明，凡是建立了领导机构、形成组织管理网络的地方，精神病防治康复工作就开展顺利，发展迅速。

(3) 建立业务实施系统及初级卫生人员培训、普及防治精神病知识。社区精神病防治康复其专业性和技术性都很强，需要有专业机构和专业队伍。在我国主要是通过各精神病院的防治科而付之实施。各级精神病院防治科以及基层医院的卫生人员，便形成一个业务实施系统，这支队伍是实施社区防治康复规划的技术骨干力量。

我国社区精神病防治康复的专业队伍相对还很薄弱，远远不能适应社区精神病防治康复工作的需要。在技术指导网络的建设中，首要的问题是要重视人才培养，培训和提高各级从事精神病防治和康复工作者的专业技术水平。即让基层的卫生人员，经过短期及定期的专科培训，成为专职或兼职的基层精神科医师，以他们为主，在基层开展精神病防治工作。这对于就近诊治、早期诊断和早期治疗，提供持续的综合性的服务而言，起着相当重要的作用。与此同时，有计划地向广大群众宣传防治精神病的知识，使群众从旧传统观念束缚中解脱出来，主动提供可疑病人的线索，并在精神病防治康复工作中形成一个群众性的互助看护网。

2. 几种社区精神病防治和康复的组织形式。

(1) 精神卫生工疗站或工疗车间。

这是一种普遍采用的形式，是一类以职业康复为主、进行综合康复的组织。这类工疗站一般由街道（乡镇）办事处和民政部门主

办，接受辖区内病情基本稳定有一定劳动能力尚未就业的重性精神病人及精神发育迟滞者参加。他们白天来工疗站，晚上回家。病人在站内每天劳动学习，参加文娱体育活动，接受支持性心理教育，继续药物维持治疗。每月根据劳动情况，发给一定的报酬和补贴，生活有规律。情绪稳定，有利于病情的好转和巩固，通过作业治疗，职业功能得到康复；病人看到自己的劳动成果，消除了自卑心理，实现了人生价值；站内的集体活动和相互交往，更有助于社交功能的改善。病人在工疗站经过较长时期康复和劳动训练后，病情稳定，劳动技能提高，确能基本胜任正常劳动工作时可转入福利工厂。所以，这是受病人、病人家属及社会各界欢迎的防治康复形式。

(2) 群众性精神病看护小组。

对辖区内不能来站的病人，则在精神病防治站的指导下，建立群众性精神病看护小组，这是一种群众性自助组织，是对病人提供帮助的社会支持系统。看护小组由居民（村民）委员会干部、基层卫生人员、邻居和患者家属等组成。每一名病人安排3～4人看护。具体职责是：观察病情变化，及时与医务人员取得联系；督促病人按时按量服药，保证药物治疗顺利进行；关心病人的思想和生活，帮助他们解决所遇到的实际问题和困难；对周围群众进行宣传教育，使他们能正确对待精神病人；对正在发病的病人进行监护、防止和减少病态肇事。

(3) 工矿企业开展精神病防治康复工作。

大中型工厂在许多方面类似于社区。可参照社区模式结合工厂特点，成立厂和车间的精神病防治康复领导小组，派出保健医生接受专业培训，开设专科门诊，下车间或上病人家进行访视，建立工疗组及车间看护网。

(4) 家庭病床。

由于我国的精神科机构和床位数相对不足，因而在许多地区，特别是农村，精神病人看病和住院还有一定困难。家庭病床是指精神病人在家庭环境中接受医疗和护理。以充分利用家庭和社会生活

中的有利因素，促使病情好转、社会适应和康复。北京海淀区、山东烟台、辽宁铁岭地区的农村社区防治工作，都以家庭病床为主体。他们把精神病防治工作纳入农村初级卫生保健体系。训练乡镇医院的医生，让他们承担精神病人家庭病床的建立和综合性防治计划的制订和执行，按病情定期诊治病人。乡村医生则根据治疗计划，指导病人家属做好护理工作，督促病人配合治疗，帮助病人进行社会心理功能训练，效果十分显著。而且，由于病人不脱离家庭和社会，有助于社会功能的保持和恢复。

(5) 日间医院。

这是一种作为回归社会过渡的部分住院形式。当病人病情好转，可以不必长期住院，但尚不能适应正常生活时采取的措施。即白天来医院，晚上回家。而医院则采取综合性治疗措施，以职业康复、生活康复、社交康复等为重点，旨在创造重返社会的条件。

(6) 夜间医院。

这是另一种部分住院形式，对象为无家可归、家庭不愿接受或对出院有顾虑的稳定期病人。让他们白天去工作单位，晚上回院住宿，接受积极治疗

(7) 家庭联谊会。

这是新近才发展起来的，由社区中病人家属组成的自助团体。邀请专业人员，为他们讲授有关精神病及康复的知识，通过相互学习和相互帮助，减少和减轻病人家属的心理负担和痛苦。

以上多种可供选择的精神病防治康复组织形式，在具体实施中，采取适合于本地区的形式，把社区精神卫生服务与各级基层医疗机构的一般卫生服务结合起来，被社会和群众所接受，才能取得切实的效果。

四、心理健康与心理卫生社会服务的发展

根据世界卫生组织 1997 年"世界卫生报告"，发达国家与发展中国家之间在卫生服务及社会经济状况方面存在着巨大的差别。全

球七亿八千万人口中，约80%生活在发展中国家。出生时期望寿命在发达国家为75岁，发展中国家为64岁，而在最不发达国家只有52岁。从婴儿死亡率来看，发达国家平均为12（每千例），发展中国家为65，在最不发达国家高达102。最富国与最穷国家的人均GMP相差100倍以上。医生、护士、助产士在国家之间相差甚远。值得注意的是，从1980年到1995年间，男女平均寿命分别延长了4.4年和4.9年。同时期全球65岁以上人口年增长率为2.3%，在发达国家为3.0%，这表明了今后老年人心理健康与心理卫生问题的重要性。

在过去几十年里，世界经历了重大的社会经济变动，经济的发展，都市化、工业化的发展，自由市场经济的实施，西方文化影响的扩大，有的国家还发生了战争，此外还有自然灾害，这些都对心理卫生问题有着重大的影响。发展中国家如中国、马来西亚、菲律宾、越南等国家精神科床位相对短缺，而西方发达国家则精神卫生条件较为优越。

西方私立精神卫生服务大大扩展了，而公立服务大大减少了，如美国私立精神病院的床位从1970年的4 295个增加到1992年的43 684个，增长了近10倍。而与此同时，私立精神病院床位数从1970年的413 066个缩减到1992年的93 058个，而在发展中国家，精神卫生还是主要依靠公立服务。菲律宾马尼拉的国立精神病院曾经有7 000多位住院病人，通过一个称为“紧急危机干预服务（A-SIC）”的项目，他们成功地将住院人数减至3 000人。这一项目是在住院之前对病人进行评估和集中治疗的三天中要求家属始终参与。据菲律宾的精神科医生声称，这一项目可以减少70%的住院病人，从而有利于消除国立精神病院的过分拥挤。家属与病人一起在ACIS住三天，学会如何在家里照顾病人，督促病人服药。在精神卫生资源短缺的发展中国家，动员病人及家属的力量是发展社区化精神卫生服务的关键。

近年来，各国对精神卫生法的兴趣不断增加。如日本于1998年修订了原来的法律，并由“精神卫生法”更名为“精神健康法”；

韩国和台湾地区也出台了相关的法律；中国大陆也在一直积极制定有关精神卫生的法规。各国精神卫生的法律都注意保护精神病人的人权及促进社区化精神卫生服务，其基本精神相似，但内容体现了文化和价值观的不同。

当前世界精神卫生服务在近几十年发生了若干变化：第一，精神卫生的领域不断扩展；第二，从生物学模式转向生物—心理—社会模式；第三，从医院中心转向社区化；第四，从专业人员服务到患者的参与；第五，国际交流持续发展。这些变化是积极的，它使我们可以采用有关病人的人权、精神卫生与一般卫生保健的整合、患者参与等共同语言来讨论心理卫生服务。

参考书目

1. 丁登峰主编：《变态心理学》，北京，北京大学出版社，1993年。
2. 张伯源、陈仲庚编著：《变态心理学》，北京，北京科技出版社，1986年。
3. 赵居莲译，庄耀嘉校阅：《变态心理学》，台湾，桂冠图书股份有限公司，1998年。
4. 罗伯特·G·迈耶、保罗·萨门著，丁煌翻译：《变态心理学》，沈阳，辽宁人民出版社，1988年。
5. 张培炎、古中孚编著：《精神病诊断治疗学》，北京，中国医药科技出版社，1998年。
6. 陈仲庚著：《实验临床心理学》，北京，北京大学出版社，1992年。
7. 段淑贞著：《儿童的心理异常》，北京，科学普及出版社，1987年。
8. 许又新编著：《神经症》，北京，人民卫生出版社，1993年。
9. 郭莲舫、张明园主编：《精神卫生学》，上海，上海科技大学出版社，1993年。
10. 朱智贤主编：《心理学大辞典》，北京，北京师范大学出版社，1989年。
11. （美国）丹尼斯·贝克费尔德著，杨刚译：《不再焦虑》，南京，江苏人民出版社，1997年。
12. （英国）Helen Kennerley著，施承孙、宫宇轩译：《战胜焦虑》，北京，中国轻工业出版社，2000年。
13. （英国）Derrick Silove and Vijaya Manicavasagar著，迟立忠、施承孙译：《克服恐慌》，北京，中国轻工业出版社，2000年。
14. 陈家麟著：《性心理咨询指南》，兰州，甘肃民族出版社，1996年。
15. 方刚著：《同性恋在中国》，长春，吉林人民出版社，1995年。
16. 李乐德、李伯质主编译：《性治疗实用指南》，长沙，湖南科技出版社，1988年。
17. 江光荣著：《心理咨询与治疗》，合肥，安徽教育出版社，1994年。
18. 沈政、郑瞻培等著：《法律精神病学》，北京，中国政法大学出版社，1989年。

19. 姜佐莲、张义泉主编：《少年儿童心理异常与矫治》，合肥，安徽教育出版社，1998年。
20. （美国）S. Coemier、B. Cormier 著，张建新等译：《心理咨询师的问诊策略》，北京，中国轻工业出版社，2000年。
21. 郑雪主编：《人格心理学》，广州，暨南大学出版社，2001年。
22. 王玲、刘学兰著：《心理咨询》，广州，暨南大学出版社，1998年。
23. 林孟平著：《辅导与心理治疗》，北京，商务印书馆，1986年第1版。
24. 沈渔邨主编：《精神病学》，北京，人民出版社，1989年。
25. 汤宜朗、郭松编著：《人类的枷锁——成瘾行为》，北京，北京出版社，2000年。
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
27. Coleman, J. C, Butcher, J. N. & Carson, R. C. *Abnormal Psychology and Modern Life*. Oakland, NJ: Scott, Foresman and Company, 1984.
28. Putnam, R. M. *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1989.
29. Holmes, D. *Abnormal Psychology*. New York: Harper-Collins, 1991.
30. White, R. W. et al. *The Abnormal Personality* (5th ed), New York: John Wiley and Sons, 1981.

后　记

随着社会的急速发展，人们生活中的压力不断上升，于是心理障碍和精神疾病成为现代社会的高发病和常见病。怎样正确地认识心理障碍和精神疾病，了解它们的表现和产生原因，以便有效地治疗和预防，便使心理卫生教育成为当务之急。

变态心理学是一门研究异常心理的学科，它系统地阐述各种心理异常和精神疾病的表现、原因和诊断要点，并对心理疾病的预防和治疗提出建议。因此，《变态心理学》既是心理学、精神病学工作者必须阅读和掌握的重要参考书籍，也是心理学[illegible]另外，作为一般的读者，也可以[illegible]心理异常的行为和表现，及时发[illegible]不良因素，以便预防心理疾病的[illegible]心理异常的同时，能给予心理障碍和精神病患者真正的关怀和帮助。

本书共14章，第1~4章由王玲编写，第5、第9章由钟向阳、范国平编写，第6、第13章由丁云霞编写，第7、第8章由张文英编写，第10、第11章由张萌编写，第12、14章由陈新葵编写。全书由王玲负责统稿。由于时间仓促，加上我们水平、经验的限制，书中肯定有不当之处，还望同行和读者给予批评指正。另外，在编写过程中，我们参阅了国内外的有关资料，在此向原作者致以衷心的感谢。

作　者

2002年3月于华南师范大学